Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : mention MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 *juin* 1904, *à* 1 *heure*

Par **Mme O. ASTAOUROFF**

Contribution à l'étude

DE

L'ADÉNOLIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

A

PRÉDOMINANCE CERVICALE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. PINARD, *professeur.*
BROCA (Aug.) et MAUCLAIRE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N....
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Professeurs honoraires: MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF *et* DUPLAY

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des trav. anat.)	
DUPRE			

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Témoignage de reconnaissance affectueuse.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Quelle place faut-il assigner dans le cadre nosologique à l'affection décrite par MM. Launois et Bensaude sous le nom d'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale qui, d'après eux, constituerait une entité morbide à pathogénie bien définie? Les avis sont très partagés. Dans la discussion récente soulevée à la Société de Chirurgie à propos de deux cas présentés par M. Tuffier, tous les orateurs qui y ont pris part (MM. Reclus, Schwartz, Le Dentu et Lejars) étaient unanimes à contester le rôle des ganglions lymphatiques dans la production de ces lipomes symétriques. Dans tous les cas opérés par eux, ils avaient à faire à des sujets dont l'aspect extérieur était typique. Or, l'examen macroscopique (et parfois aussi microscopique, comme dans les cas de MM. Tuffier, Lejars et Reclus) démontra qu'il s'agissait de lipomes purs.

Cette manière de voir ne concorde pas avec les observations d'Askanazy et de Lessersohn où les ganglions lymphatiques pour ne pas jouer un rôle si pré-

pondérant comme le supposent MM. Launois et Bensaude, n'en impriment pas moins à l'affection un cachet spécial qui la distingue nettement des cas où les sujets ne présentent qu'une lipomatose diffuse simple. D'autres auteurs attribuent un rôle pathogénique important au corps thyroïde et au système nerveux.

Cette diversité des opinions sur la pathogénie de l'adénolipomatose est importante non seulement au point de vue théorique, mais aussi au point de vue du traitement à entreprendre. Une fois admise l'influence exercée, par exemple, par le corps thyroïde sur le développement des lipomes diffus symétriques, il est hors doute que l'administration de la thyroïdine devient absolument indiquée. Il faudra donc, avant de décider l'intervention chirurgicale, essayer l'opothérapie pendant un certain temps. D'autre part, l'origine lymphatique de ces tumeurs semble plaider en faveur de l'administration de l'arsenic qui influence favorablement la marche d'un grand nombre de troubles provoqués par les altérations du système lymphatique.

Il était donc nécessaire de soumettre cette question à une revision, et cela d'autant plus que, depuis la publication du travail si complet de MM. Launois et Bensaude, un grand nombre de nouvelles observations ont été publiées tant en France qu'à l'étranger. Nous-même nous avons pu recueillir plus de trente nouveaux cas épars dans la littérature. L'étude de ces faits dont la plupart appartiennent aux deux dernières années, peut aider sinon à résoudre, du moins à éclai-

rer quelques points restés obscurs jusqu'à ces derniers temps.

C'est dans ce but que nous avons accepté avec recon naissance l'offre de M. le professeur agrégé Schwartz de consacrer notre thèse inaugurale à l'analyse des nouveaux documents parus récemment et à l'examen des déductions thérapeutiques qu'on peut en tirer.

Nous nous rendons bien compte de la complexité de la tâche que nous avons à résoudre, et de notre incompétence en la matière. Nous n'avons pas d'expérience personnelle, et nous n'avons observé dans les services hospitaliers qu'un nombre infime de cas d'adénolipomatose symétrique. Mais quelques-uns des faits consignés dans la littérature, sont si éloquents et si démonstratifs, que la lecture attentive des observations entraîne la conviction et met en mesure de se former une idée claire concernant les points de la question qui nous intéressent le plus. Nous n'aurons qu'à coordonner, qu'à comparer les documents apportés par les différents auteurs : la mise au point de la question se fera, pour ainsi dire, d'elle-même, par la seule force des arguments et des preuves apportés par les partis adverses. Nous n'aurons qu'à remplir le rôle d'un chroniqueur qui rapporte impartialement les pour et les contre et les soumet à une critique serrée.

Dans la discussion à la Société de chirurgie mentionnée plus haut, M. Reclus s'est élevé énergiquement contre la dénomination d'adénolipomatose qui pourrait induire en erreur. Nous tenons donc à indiquer dès le début de notre travail que le titre que nous avons adopté,

ne préjuge en rien de la solution à donner au point en litige. Si nous l'avons accepté, c'est tout simplement parce que cette dénomination d'adénolipomatose semble être la plus généralement admise par les auteurs, surtout en France. Le mémoire de MM. Launois et Bensaude constituant le recueil le plus complet des faits concernant l'affection en question, la plupart des auteurs qui s'en sont occupés depuis, se sont conformés à la terminologie proposée par eux. Nous croyons qu'il vaut mieux garder le nom d'adénolipomatose, sauf à exprimer plus tard les réserves qui nous paraissent résulter des observations que nous aurons à analyser.

Avant de quitter la France, nous tenons à exprimer notre gratitude profonde envers tous nos maîtres de Lyon et de Paris qui nous ont aidée dans l'étude si difficile de la science et de l'art médical.

Nous tenons surtout à remercier M. le professeur Gaucher pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et pour l'enseignement qu'il nous a prodigué aux lits des malades pendant toute la durée de notre stage dans son service à l'hôpital St-Antoine.

Que M. Tuffier reçoive l'expression de notre reconnaissance pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition les observations détaillées et les photographies des malades qu'il a présentés à la Société de chirurgie.

Nous remercions aussi nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. les professeurs Pinard et Raymond, MM. les Drs Mauclaire, Marion et Macaigne qui nous

ont fait profiter de leur expérience clinique et dont les leçons nous ont été si utiles.

C'est grâce à M. le professeur agrégé SCHWARTZ que nous avons pu mener à bonne fin notre travail. Les conseils qu'il nous a donnés et les malades qu'il nous a permis d'examiner en détail et d'en prendre les observations, nous ont mise à même d'approfondir la question et d'utiliser les renseignements que nous avons trouvés dans la littérature. Qu'il soit bien assuré de notre gratitude profonde pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueillie dans son service et pour l'enseignement clinique qu'il nous a donné.

Que M. le professeur TILLAUX veuille bien agréer l'expression de notre hommage respectueux et de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les tumeurs en général et les lipomes en particulier ayant existé de tout temps, il est à présumer que l'affection qui nous intéresse, a été vue dès l'antiquité. Cela est d'autant plus probable que, ainsi que nous le verrons dans la suite, l'alcoolisme semble jouer un rôle important dans l'étiologie. On peut donc, sans crainte de se tromper, souscrire à l'opinion de Roger Williams, d'après laquelle l'adénolipomatose symétrique « est au moins aussi vieille que l'habitude d'absorber de grandes quantités de bière et d'alcool ». Mais les anciens ne semblent pas avoir été frappés de l'aspect caractéristique que présentent les malades atteints de cette affection. Il faut remonter jusque vers le milieu du XIXe siècle pour trouver mentionnés des cas qui ont trait à l'adénolipomatose symétrique.

C'est Brodie qui le premier a rapporté en 1846 l'histoire d'un malade qui était, à n'en pas douter, atteint

de cette affection. Mais ce n'est à proprement parler qu'à Mac Cormac que revient l'honneur d'avoir reconnu en 1884 qu'il s'agit d'une entité morbide; c'est lui qui l'a différenciée des lipomes multiples en général. Baker et Bowlby en 1886 ont repris la question et ont attiré l'attention sur les lésions des ganglions lymphatiques que l'on rencontre dans quelques cas. Ils se sont même demandé si l'on n'aurait pas plutôt affaire à des tumeurs de nature lymphadénomateuse qu'à des lipomes simples. Mais le travail le plus complet publié à l'étranger sur cette affection, c'est le mémoire de Madelung paru en 1888; il étudie en détail l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de ce qu'il appelait *Fetthals* (cou gras). C'est à dater de lui que l'adénolipomatose symétrique a acquis son individualité bien accusée; les cas nombreux publiés depuis démontrent avec évidence, que l'attention des médecins était attirée et qu'on s'était mis à étudier avec détail les particularités qui distinguent les uns des autres les différents sujets chez lesquels on observe cette affection.

En France, c'est Huguier qui présenta le premier en mars 1855 un malade à la Société de Chirurgie. Le deuxième cas fut publié par Foucher en 1863. M. Bucquoy présenta un cas d'adénolipomatose symétrique en 1891 à la Société médicale des hôpitaux. L'étude approfondie qu'il a faite de ce malade atteint en même temps de sciatique, a élucidé plusieurs points restés obscurs jusqu'à ce temps. Depuis, les observations se multiplient. L'affection est décrite sous des noms aussi variés que possi-

ble, tels que : gangliite (Siredey), névromes plexiformes (Verneuil), lipomes symétriques d'origine nerveuse (Bouju), lipomes diffus du cou et de la nuque (Marçais), lymphadénie à forme lipomateuse (Hayem) et enfin adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale (Launois et Bensaude). Cette dernière dénomination semble avoir acquis droit de cité dans la littérature française, et être acceptée même par les auteurs qui combattent l'origine lymphadénomateuse des lipomes symétriques diffus.

Nous arrêtons notre historique au dernier mémoire de MM. Launois et Bensaude paru en 1900 ; car ces auteurs ont compulsé toutes les observations publiées jusqu'à ce moment, et nous ne nous occuperons pas en détail des faits rapportés par eux. En revanche, nous résumerons toutes les observations, tant françaises qu'étrangères, postérieures à ce mémoire. Il est donc superflu d'y insister pour le moment, puisque nous y reviendrons plus longuement dans un autre endroit. Signalons seulement qu'en 1901, MM. Launois et Bensaude ont relaté 4 cas (dont 1 personnel) d'adénolipomatose symétrique chez la femme. Ces cas non plus, nous ne les rapporterons pas et nous les utiliserons seulement pour la statistique.

Enfin, indiquons le cas de Tikhoff, le seul dont nous avons eu connaissance dans la littérature russe. Autant que nous sachions, il y a encore plusieurs cas russes, mais malheureusement nous n'avons pu avoir les journaux russes aux bibliothèques de la Faculté et de l'Académie de médecine, et nous ne savons pas à

quoi nous en tenir à ce sujet. En effet, même à présent, on ne sépare pas nettement en Russie les cas de lipomes multiples circonscrits de l'adénolipomatose symétrique proprement dite. Les titres de ces mémoires ne nous autorisent pas à nous prononcer sur la nature de l'affection à laquelle avaient affaire les auteurs, et nous sommes obligée de les laisser complètement de côté.

ETIOLOGIE

Elle est très complexe et ne donne aucun renseignement certain sur la nature de l'adénolipomatose symétrique.

Excluons tout d'abord les agents pathogènes supposés des tumeurs en général. On sait que, pour quelques auteurs, les tumeurs sont d'origine microbienne, tandis que d'autres considèrent plutôt les protozoaires comme les agents pathogènes des néoplasmes. L'origine microbienne ou animale, il est vrai, n'est ordinairement admise que pour les tumeurs malignes, surtout le cancer, mais il ne manque pas toutefois d'auteurs qui la supposent, même en ce qui concerne les tumeurs bénignes. Aussi n'est-il pas étonnant qu'on entreprît des recherches dans ce sens pour les lipomes diffus symétriques. M. Delbet prétend avoir trouvé dans un cas le même microbe que celui décrit par lui dans le lymphadénome. Mais personne après lui n'a réussi à découvrir ce microorganisme soi-disant pathogène. Quelques auteurs ont cherché la filaire dans le sang

des sujets atteints de cette affection : les résultats ont été complètement négatifs. Inutile donc d'y insister.

Considérons, au point de vue étiologique, l'influence du sexe, de l'âge, de la constitution, de la syphilis, de l'arthritisme, de la tuberculose et de l'hérédité. Commençons par cette dernière.

1° *Hérédité.* — Madelung, ainsi que Launois et Bensaude, nient toute influence de l'hérédité similaire. Ces derniers auteurs contestent même la valeur du cas de Stoll où la mère du malade et l'oncle du côté maternel portaient des lipomes. Chez l'oncle, ces derniers occupaient le même endroit que chez le malade. Les observations que nous avons compulsées ne permettent plus aucun doute à cet égard. Dans 2 observations, l'influence de l'hérédité est incontestable. Dans l'une (observation de Cleve ; observation XIII), il s'agit d'un malade dont le père était opéré pour la même affection 13 ans auparavant. Dans l'autre (obs. de Sinnhuber ; obs. XXIV), chez le frère du malade se sont développés des lypomes symétriques diffus, et cela vers le même âge que chez ce dernier. Les enfants du malade et de son frère ont été trouvés indemnes au moment où l'observation était prise. Mais aucun d'eux n'avait alors atteint encore l'âge auquel les tumeurs ont fait leur apparition chez les parents. Il est donc impossible de prédire si, oui ou non, les enfants à leur tour présenteront la même affection.

Rappelons ici l'observation curieuse de Blaschko qui, quoique se rapportant à des lipomes multiples nettement circonscrits, présente un point de contact avec

l'affection qui nous intéresse. Dans une famille nombreuse, tous les membres mâles présentaient un grand nombre de lipomes épars sur tout le corps, tandis que chez les descendants et les ascendants du sexe féminin il n'y en avait aucune qui en eût été atteinte. Ce cas est d'autant plus étrange que les lipomes simples sont beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Or, nous allons voir qu'il en est tout autrement en cas d'adénolipomatose.

2° *Sexe*. — Tous les auteurs sont unanimes à déclarer que cette dernière affection est extrêmement rare chez la femme. Madelung a même rejeté l'influence pathogénique du corps thyroïde pour la seule raison que l'adénolipomatose symétrique ne se rencontre jamais chez la femme. Cette opinion exclusive n'est plus admissible actuellement. Nous connaissons des faits indéniables d'adénolipomatose chez la femme. Launois et Bensaude évaluent à 4 0/0 la fréquence de l'affection chez la femme. Nous ne croyons pas que ce chiffre soit inférieur à la réalité. En effet, parmi les 31 observations compulsées par nous, nous n'avons trouvé qu'un seul cas chez une femme (première obs. de Weber ; observ. XXX).

Cette rareté extrême de l'adénolipomatose chez la femme est d'autant plus digne d'être soulignée que non seulement les lipomes simples sont très fréquents chez celle-ci, mais que la maladie de Dercum (adipose douloureuse) est presque l'apanage exclusif de la femme. Les pseudo-lipomes sus-claviculaires de Potain et l'œdème segmentaire de M. Debove sont, eux aussi, de

beaucoup plus fréquents chez la femme. Il est tout à fait inutile de rappeler que l'obésité est aussi plus fréquente chez la femme. Nous ignorons complètement la raison de cette prédilection de l'adénolipomatose symétrique pour l'homme. Il est seulement intéressant de remarquer que cette affection se rencontre surtout chez les sujets maigres.

3° *Constitution.* — Les sujets atteints sont indistinctement décrits comme robustes, ou, dans certains cas, comme ne présentant rien de remarquable sous ce rapport. Toutefois tous les auteurs s'accordent à déclarer que l'obésité non seulement ne favorise pas l'apparition des lipomes symétriques diffus, mais semble même les exclure. Madelung affirme même qu'on ne les a jamais observés chez les obèses. Cette opinion n'est pas soutenable. Ainsi, par exemple, les malades de Williams, de MM. Hayem et Lejars sont restés très obèses.

Quoi qu'il en soit, il y a ici une opposition incontestable entre l'accumulation générale de graisse qui constitue l'obésité, et la lipomatose circonscrite ou diffuse qui n'est qu'une hyperplasie adipeuse plus ou moins localisée. Cela est d'autant plus étrange que d'après Virchow (*Pathologie des tumeurs,* traduction française, t. I, p. 364, Paris 1867) « le rapport de la lipomatose à la polysarcie est le même que celui du fibrome à l'éléphantiasis. »

4° *Arthritisme.* — On sait que, d'après la théorie de M. Bouchard, l'obésité et l'arthritisme sont tous les deux les signes d'un trouble par ralentissement de la

de la nutrition. Assimilant l'obésité à la lipomatose, il était tout naturel de chercher un rapport de cause à effet entre l'arthritisme et l'adénolipomatose symétrique. C'est ce qu'ont fait M. Siredey et plusieurs autres auteurs. Mais les observations existant dans la littérature, rendent très peu plausibles cette étiologie.

5° *Maladies infectieuses chroniques.* — La *syphilis* ne semble pas jouer de rôle dans cette affection. Tout autre paraît être l'influence de la *tuberculose.* MM. Labbé et Ferrand lui assignent même une place prépondérante dans le cas observé par eux. Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans à hérédité tuberculeuse, chez laquelle des adénites cervicales sont survenues à l'âge de 8 ans. Ces adénites ont persisté depuis et n'ont été remplacées que progressivement par des lipomes symétriques. Dans le premier cas de M. Schwartz (notre obs. II), le malade avait des adénites cervicales pendant l'enfance. Dans le cas de M. Jaboulay (obs. IX), il y avait des adénites nettement tuberculeuses. Le malade de Lessersohn (obs. XIX) a aussi présenté dans sa jeunesse des adénites cervicales. MM. Launois et Bensaude tout en constatant l'absence de tout passé ganglionnaire chez leur malade, sont enclins à admettre la tuberculose parmi les causes d'adénolipomatose. En somme, il vaut la peine d'examiner les malades sous ce rapport et de rechercher chez eux les antécédents tuberculeux, tant héréditaires que personnels.

6° *Age.* — L'adénolipomatose symétrique est une affection de l'âge adulte. Elle débute ordinairement après vingt ans, le plus souvent entre 35-50 ans. Sous

ce rapport, il y a aussi une différence tranchée entre l'homme et la femme. En laissant de côté le cas d'Askanazy où l'âge d'apparition des tumeurs n'est pas noté, nous voyons que, sur les 4 cas rapportés par MM. Launois et Bensaude, chez 2 le début de l'affection a eu lieu avant 20 ans (à 19 ans chez la malade de M. Dartignolles, et à 8 ans chez celle de MM. Labbé et Ferrand). Le plus âgé de tous les malades décrits jusqu'à présent, avait 66 ans au début de l'affection (cas IV de Rothmann ; obs. XXIII).

7° *Alcoolisme.* — Pour certains auteurs, c'est le facteur étiologique le plus important. Sa fréquence est variable pour les divers auteurs, mais tous donnent un chiffre assez élevé. Ainsi Madelung note l'alcoolisme dans 15 cas sur 36, Kemp dans 12 cas sur 35, Langer 3 fois sur 5, MM. Launois et Bensaude le trouvent dans 30 0/0 de tous les cas. Dans les observations compulsées par nous, nous trouvons l'alcoolisme 18 fois sur 31 cas. En d'autres termes, le taux des alcooliques est assez élevé parmi les adénolipomateux. On pourrait encore apporter une autre preuve, théorique celle-ci, en faveur du rôle étiologique de l'alcool. Ce dernier trouble fortement les échanges nutritifs et finit par les ralentir. Quoi d'étonnant alors qu'il prédispose à la formation des lipomes ?

Mais nous ne croyons pas que ces chiffres puissent entraîner la conviction.

Il ne faut pas oublier que, pour se faire une opinion sur le rôle étiologique d'un facteur quelconque, il ne

suffit pas de prendre en considération sa fréquence plus ou moins grande chez les sujets atteints. Il faut s'assurer aussi si, chez ces derniers, il se rencontre avec une fréquence relativement plus grande que chez les personnes non atteintes de cette affection, mais se trouvant dans les mêmes conditions. Or, la plupart des auteurs attirent l'attention sur ce fait que l'adéno-lipomatose, à l'exception de 2 ou 3 cas (malade de Sinnhuber, etc.), apparaît toujours chez les ouvriers et les journaliers qui boivent sec. L'alcoolisme est-il moins fréquent chez les ouvriers en général que chez ceux qui sont atteints de cette affection ? C'est ce qu'il aurait fallu démontrer, et c'est à quoi aucun des adeptes du rôle étiologique de l'alcool n'a pensé. Il est donc permis de rester sur la réserve quant à l'importance étiologique de ce facteur.

SYMPTOMATOLOGIE

L'adénolipomatose symétrique est caractérisée par la présence de nombreuses tuméfactions diffuses au niveau du cou et sur les autres régions du corps. Ces tuméfactions sont mollases, ordinairement mal délimitées et indolores à la pression. Le doigt appuyé sur elles, ne produit pas de dépression en godet. Elles sont mobiles sous la peau qui les recouvre, et aussi sur les tissus sur lesquels elles reposent, à moins qu'elles émettent des prolongements qui les fixent plus ou moins sur les plans sous-jacents.

La disposition de ces tumeurs est extrèmement caractéristique. Ce qui frappe tout d'abord l'observateur, c'est leur prédilection marquée pour la région cervicale. La tète semble entourée d'un énorme collier, d'où changement complet de la configuration de la tète : au lieu de se rétrécir, elle va en s'élargissant vers le cou, ce qui l'a fait comparer à juste titre par M. Hayem à « une pyramide tronquée à base inférieure et à sommet supérieur » (tète dite en poire).

Ce collier atteint parfois des proportions vraiment colossales. Attirons l'attention sur le malade de Roger Williams dont le cou était énorme. Celui de Madelung « étouffait dans la graisse ». On fut obligé de l'opérer deux fois, et ce n'est qu'après la deuxième opération qu'il pouvait respirer plus librement. Chez le malade de Cabanès (obs. VI), la circonférence du cou passant par la nuque et le menton, donnait 67 centimètres; l'encolure du malade de Virchow était de 60 centimètres; enfin chez le premier malade de Türk (obs. XXV), les masses graisseuses étaient si énormes, que les mouvements de la tète étaient difficiles, et il ne pouvait tirer la langue.

Madelung assignait une place tellement prépondérante à la présence de ces tumeurs au cou qu'il croyait même que c'était leur siège presque exclusif. La dénomination de « Fetthals » (cou gras) proposée par lui, ne fait que refléter cette manière de voir. Mais nous savons à présent que, presque chez tous les malades, on trouve aussi des tumeurs symétriques occupant d'autres parties du corps.

Il faut pourtant remarquer que c'est seulement à la longue que le développement de ces tumeurs atteint de telles proportions. Le début se fait ordinairement par une tumeur unique, tantôt sous le menton, tantôt et plus souvent en arrière, sur la nuque, dans une des fossettes rétro-mastoïdiennes. Nous avons eu l'occasion d'observer un malade dans le service de M. Schwartz (obs. II) qui, d'après nous, était atteint d'adéno-lipomatose symétrique au début. Il portait dans la

région sus-hyoïdienne médiane un lipome diffus de la grosseur d'une mandarine. La tête n'avait pas encore pris cet aspect si caractéristique dont il a été question plus haut.

Le développement de ces tumeurs ne se fait que peu à peu, et parfois elles mettent de longues années avant d'atteindre le volume maximum. Nous aurons encore l'occasion de parler plus loin de la marche de cette affection. Disons seulement que cette marche varie énormément d'un sujet à l'autre. Tandis que les uns ne deviennent incommodés par les tumeurs que dans 10, 15 et même plus d'années, chez d'autres elles atteignent déjà dans 1, 2, 3 ans des dimensions considérables.

Parfois les productions lipomateuses restent localisées à la région cervicale (malades de Williams, Baker et Bowlby, Madelung, Stoll, Lejars etc.). Mais souvent, outre les tumeurs cervicales, on en trouve dans les autres régions du corps, et parfois leur nombre et leur volume sont considérables. Ainsi, le malade décrit par MM. Jeanselme et Bufnoir, avait la paroi abdominale antérieure couverte de tumeurs presque confluentes ; chez le malade observé par Langer, le ventre et surtout le dos étaient comme capitonnés de tumeurs.

Mais une des particularités de cette maladie consiste en ce que, à part les bras et les cuisses, les membres restent toujours indemnes. Leur maigreur relative tranche singulièrement avec le développement des autres parties du corps qui paraissent très grosses.

Sauf la prédilection marquée des tumeurs lipoma-

teuses pour la région cervicale, il y a d'autres caractères qui permettent de différencier l'adénolipomatose d'avec d'autres affections analogues. Deux caractères sont surtout à noter. D'une part, la symétrie avec laquelle ces tumeurs sont distribuées sur tout le corps. D'autre part, leur diffusion, qui fait que, malgré leurs reliefs bien nets, on n'arrive pas toujours à bien délimiter leurs contours, ni (ce qui importe davantage) à déterminer la profondeur à laquelle elles pénètrent.

Symétrie. — Les tumeurs sont tantôt paires et disposées des deux côtés de la ligne médiane, tantôt impaires, mais alors médianes. Au-dessous du maxillaire, il y a ordinairement une tumeur au-dessous du menton, ensuite deux dans les régions sous-maxillaires qui se perdent vers les angles de la mâchoire. L'ensemble de ces tumeurs quand elles atteignent un certain degré de développement, forme un menton à double ou à triple étage. La saillie médiane est parfois plus petite que les latérales, et le menton semble alors bifurqué. On trouve encore d'autres tumeurs allongées dans les régions parotidiennes ou préauriculaires, ordinairement de la grosseur d'une grosse amande. Quelques-unes suivent la direction des gros vaisseaux du cou, d'autres occupent les creux sus-claviculaires, la fossette sus-sternale, etc. En arrière, elles sont aussi disposées symétriquement des deux côtés de la colonne cervicale. Les deux tumeurs supérieure sont en partie cachées par les cheveux et ne dépassent jamais la ligne courbe occipitale. Au-dessous de ces tumeurs rétro-mastoïdiennes, on trouve tantôt

deux autres rappelant ainsi par leur disposition les tubercules quadrijumeaux (Launois et Bensaude), tantôt une seule médiane donnant à ce groupe l'aspect d'un trèfle. Le long de la colonne vertébrale dorsale, dans la région lombaire, même au sacrum, on trouve également des tumeurs disposées en chapelet ou en nombre plus restreint.

Les contours de ces tumeurs sont plus ou moins bien indiqués, la peau qui les recouvre est le plus souvent normale et conserve sa mobilité, sauf de rares exceptions comme par exemple chez le malade de Lessersohn (obs. XIX) où il y avait probablement des adhérences, ou comme chez celui de M. Hayem où elle présentait dans les aisselles un aspect éléphantiasique.

La consistance de ces tumeurs est molle, pâteuse, allant parfois jusqu'à donner la sensation de fausse fluctuation. Tous les auteurs notent que les tumeurs de la nuque sont presque toujours plus dures que celles de la région cervicale antérieure. La raison de ces différences de consistance doit probablement être cherchée dans l'adhérence plus ou moins intime de la peau au tissu graisseux sous-cutané. En effet, la peau de la nuque « adhère intimement à la couche graisseuse, ainsi qu'au plan aponévrotique sous-jacent. Loin de glisser facilement sur les parties profondes à l'aide d'une couche lamelleuse très lâche, elle est si intimement unie à la gaine du trapèze, qu'on ne l'isole qu'avec peine » (Tillaux, *Anatomie topographique,* X éd., p. 476). Or, dans les régions sus-hyoïdiennes, médiane et latérales, on trouve « une couche celluleuse

lâche plus ou moins chargée de graisse qui permet le glissement facile sur le feuillet aponévrotique sous-jacent », (*loc. cit.* p. 409.) Peut-être les lipomes de la nuque sont-ils plus riches en tissu fibreux et se rapprochent davantage des fibrolipomes?

Au milieu de ces masses pâteuses on sent souvent des noyaux mal isolés et résistants qui ont été comparés par divers auteurs (Huguier, Margerin, etc.) à des amas de ganglions lymphatiques, ce qui ne veut nullement dire qu'ils préconisent la théorie ganglionnaire. Dans un des cas opérés, on put s'assurer qu'on avait affaire à des masses fibro-adipeuses.

Malgré le nombre et le volume parfois considérable de ces tumeurs, le plus souvent elles ne gênent que par la difformité qu'elles entraînent, et les symptômes de compression se bornent à quelques tiraillements et douleurs passagères. La santé générale reste bonne, et les malades croyant seulement engraisser d'une façon un peu exagérée, n'y font pas attention.

Malheureusement ce n'est pas toujours le cas. Les tumeurs étant diffuses, dénuées d'une capsule, s'insinuent dans tous les interstices et refoulent les organes qu'elles rencontrent sur leur chemin. Il en est surtout des tumeurs de la base du cou qui en plongeant parfois dans le médiastin antérieur, provoquent la compression des organes y contenus. Il survient alors de la toux, de la raucité de la voix, de la dyspnée, la dilatation des veines sous-cutanées dans les cas peu graves; et dans quelques cas des accidents beaucoup plus sérieux, tels que cyanose, dyspnée intense même

au repos, gène de la déglutition, comme chez les malades de Madelung, de M. Hayem.

L'état général n'est pas non plus toujours bon. MM. Launois et Bensaude rapportent l'observation d'un sujet qui dépérissait à vue d'œil. La même constatation a été faite par Péan, Muller, J. Levai et M. Schein. Parmi les observations compulsées par nous, indiquons le cas de Hirschfeld (obs. XV), où l'état général du malade est mauvais, la faiblesse et la fatigue sont extrêmes.

MM. Launois et Bensaude ont aussi attiré l'attention sur l'hypertrophie éventuelle de la rate et la diminution du nombre des leucocytes mononucléaires de la première variété de M. Hayem, accompagnée d'une légère leucocytose. Ces derniers phénomènes étaient très nets dans les observations de MM. Launois et Bensaude et celle de MM. Jeanselme et Bufnoir. D'autres auteurs notent également la leucocytose légère avec tantôt diminution (2e cas de Türk [obs. XXVI], Labbé), tantôt augmentation (Jaboulay [obs. IX], 1er cas de Türk [obs. XXV]) des petits mononucléaires. Hirschfeld a présenté le 20 mai 1903, à la Société de médecine berlinoise, un adénolipomateux chez lequel l'examen du sang a révélé une pseudo-leucémie typique. Dans cette dernière affection, comme l'on sait, l'examen du sang donne des résultats très variables : les lymphocytes sont tantôt augmentés, tantôt leur nombre ne dépasse pas la normale. Ne pourrait-il être de même dans l'adénolipomatose (Hirschfeld)?

Il faut toutefois noter que l'examen du sang est loin

d'être pratiqué dans tous les cas d'adénolipomatose. Les faits que nous venons de rapporter ne peuvent donc être généralisés et doivent être contrôlés. Cela est d'autant plus nécessaire que la technique plus perfectionnée dont nous disposons actuellement, nous permet d'arriver à une conclusion ferme, quant aux rapports réciproques de divers leucocytes. Il serait à désirer que dans tous les cas d'adénolipomatose on procédât à l'examen méthodique du sang. A notre grand regret, il nous fut absolument impossible d'examiner le sang du malade observé par nous dans le service de M. Schwartz.

L'urine est normale dans la majorité des cas; toutefois, dans quelques cas, on signale des anomalies. Dans le cas de M. Hayem il y avait élimination exagérée des chlorures et diminution accusée de l'urée. Cabanès (obs. VI) a trouvé chez son malade 6 grammes d'urée et 8 grammes de chlorures par litre.

Système nerveux. — La sensibilité et la motilité sont ordinairement normales; les réflexes sont conservés. Seul le malade de Schütz, examiné par Göbel, a présenté de l'hyperesthésie surtout marquée au niveau des tumeurs. Par contre, l'état cérébral laisse souvent à désirer; l'irritabilité, l'apathie, la tristesse profonde sont quelquefois notées, ainsi que la perte de la mémoire et l'intelligence médiocre. Mais il ne faut pas oublier que l'on a affaire souvent à des sujets âgés chez lesquels la perte de la mémoire est presque de règle. L'irritabilité a-t-elle précédé ou suivi l'apparition des lipomes? Il est difficile de le savoir. La dépression

mentale et la mélancolie qui surviennent parfois, peuvent s'expliquer aussi dans quelques cas par la conscience qu'ont les malades d'être devenus des sujets de risée pour leurs camarades. Il s'y ajoute encore l'impossibilité de trouver du travail par suite de la difformité causée par l'adénolipomatose. Enfin les lésions du corps thyroïde y jouent peut-être un certain rôle? En somme, cette question demande encore de nouvelles recherches.

Marche et terminaison. — La marche de cette affection est variable. Le début est le plus souvent insidieux. C'est par hasard que les malades s'aperçoivent de la présence des tumeurs ; ce n'est que rarement qu'ils peuvent préciser l'époque de leur apparition et leur siège initial. En règle générale, les premières tumeurs apparaissent à la région cervicale et plus souvent à la nuque. Les tumeurs symétriques n'apparaissent pas toujours simultanément. La croissance se fait quelquefois par poussées. L'affection arrivée à un certain degré de développement, reste parfois stationnaire pendant plusieurs années, puis tout d'un coup commence à progresser avec une grande rapidité. Parfois (fait caractéristique pour l'adénolipomatose) les tumeurs se ramollissent, deviennent plus petites. Les malades se mettent alors à espérer en la possibilité d'une guérison spontanée (1). Mais il n'en est rien. Jus-

1. Les changements *brusques* de consistance et de volume sont très fréquents, on pourrait même dire, presque de règle dans l'adénolipomatose.

qu'à présent on n'a jamais signalé la disparition complète des tumeurs.

Le temps nécessaire pour le développement complet des tumeurs varie d'un cas à l'autre, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut. A côté des cas où les malades ne viennent consulter que des dizaines d'années après le début de l'affection, tant ils supportaient bien les tumeurs, on en trouve d'autres où, peu de temps après le début, le développement exagéré des masses graisseuses amène la difformité et donne naissance à des phénomènes de compression plus ou moins prononcés.

Cette affection ne retentissant pas ordinairement sur l'état général, les malades peuvent rester toute leur vie porteurs des tumeurs et être emportés par une maladie intercurrente. Néanmoins les phénomènes de compression des organes médiastinaux peuvent parfois entraîner une issue fatale. Nous n'avons qu'à rappeler sous ce rapport l'histoire instructive du malade de M. Hayem qui est mort brusquement dans un accès d'étouffement.

PATHOGÉNIE

La pathogénie reste encore obscure. Nombreuses furent les théories qui tour à tour étaient proposées pour expliquer l'origine de la lipomatose symétrique à prédominance cervicale. Tantôt on les attribuait à des lésions ou à l'atrophie plus ou moins complète du corps thyroïde, tantôt aux troubles sécrétoires des glandes cutanées ou à des troubles nerveux.

I. — *Théorie thyroïdienne.* — Elle se basait sur les constatations faites au cours des opérations, ainsi que sur l'aspect parfois myxoedémateux des tissus. Madelung, dans un cas opéré par lui, n'a pas trouvé le corps thyroïde; Klausner (*Münch. med. Wochnschr.*, 1895, p. 348) en enlevant un lipome volumineux à un vieillard, a constaté l'absence du lobe gauche du corps thyroïde. De même Payr, dans un cas de lipomes symétriques, trouva le corps thyroïde augmenté, surtout le lobe gauche. Türk dans les 2 cas présentés par lui (obs. XXV et XXVI), attire l'attention sur la petitesse du corps thy-

roïde ; mais il avoue lui-même qu'à cause de l'épaisseur des masses graisseuses du cou, il est très difficile de se rendre compte du volume du corps thyroïde.

Mais d'autres auteurs ont maintes fois noté la présence et l'intégrité du corps thyroïde. Autre objection : l'adénolipomatose se voit beaucoup plus souvent chez l'homme. Or, les femmes semblent plus prédisposées aux lésions du corps thyroïde. Toutefois cette théorie trouve jusqu'à présent des adeptes, et cela se comprend d'autant mieux que l'opothérapie donne parfois des succès.

II. — *Théorie des glandes cutanées.* — Proposée par Grosch en 1887, elle paraît être complètement délaissée aujourd'hui. Grosch met en rapport la formation et la distribution des lipomes avec les troubles sécrétoires des glandes sébacées et sudoripares. « La localisation des lipomes », dit-il, « est déterminée par la richesse relative de diverses régions cutanées en glandes sébacées et sudoripares. La prédisposition au développement des tumeurs est en raison inverse de la richesse de la région en glandes. » Il explique cette relation en supposant que le développement des lipomes dépend d'un trouble sécrétoire trophonévrotique des glandes cutanées qui amène la rétention de la graisse dans l'organisme.

Mais cette théorie ne peut expliquer la formation des masses adipeuses dans l'adénolipomatose. Une partie des tumeurs sont en effet profondes, sous-aponévrotiques, et les troubles de la peau n'y peuvent jouer aucun rôle. De plus, la récidive devrait être la règle,

puisque l'ablation des tumeurs ne peut modifier les influences nerveuses anormales sur le territoire cutané correspondant.

Les deux théories les plus admises actuellement sont : la théorie nerveuse et celle des vaisseaux et ganglions lymphatiques.

III. — *Théorie nerveuse.* — Elle fut discutée surtout au 59e congrès des médecins et naturalistes allemands tenu en 1886. Elle se base sur la distribution symétrique des lipomes, ainsi que sur la coexistence de ceux-ci avec des troubles du système nerveux périphérique ou central. En effet, on cite bien des adénolipomateux atteints d'affections plus ou moins graves du système nerveux. Le malade de M. Bucquoy souffrait d'une sciatique avec atrophie musculaire, celui de Madelung était tabétique, celui de Targowla un paralytique général; le malade de Kemp (obs. XVI) avait des accès d'épilepsie, etc.

Toutefois cette théorie ne satisfait pas non plus l'esprit. On n'a presque jamais constaté de troubles de la sensibilité, aucun trouble trophique, ni diminution de la force musculaire ; en outre, dans le cas d'Askanazy, l'examen histologique des lipomes diffus démontre que des troncs nerveux normaux traversaient les lobules graisseux atrophiés.

Il nous reste à discuter la théorie d'après laquelle l'origine de l'adénolipomatose serait une affection des ganglions et vaisseaux lymphatiques, une « adénite primitive avec périadénite graisseuse secondaire ».

IV. — *Théorie ganglionnaire.* — Elle fut proposée

en France par MM. Launois et Bensaude. Déjà avant eux, Baker et Bowlby en émettant des hypothèses sur la nature de l'adénolipomatose, s'étaient demandé si elle ne serait pas plutôt de nature lymphadénomateuse que de nature graisseuse. M. Hayem croyait son malade (un adénolipomateux) atteint de lymphadénie ganglionnaire, et M. Delbet en l'opérant, trouva que la tuméfaction de l'aine droite était « essentiellement composée de tissu graisseux renfermant de petits ganglions noirâtres. » Mais ce sont surtout MM. Launois et Bensaude qui se basant sur plusieurs faits cliniques, séparèrent nettement cette affection de nombre d'autres analogues et lui attribuèrent une origine ganglionnaire.

Voici les faits qui, d'après eux, plaident en faveur de cette théorie : prédilection des tumeurs pour les régions où existent normalement de nombreux ganglions lymphatiques, ganglions inclus dans les masses graisseuses, variations brusques de volume et de consistance, qui démontre leur dépendance du système circulatoire, splénomégalie et lymphangite tronculaire (obs. Launois et Bensaude), état éléphantiasique de la peau (Hayem) et, de temps en temps, altérations du sang.

Pourtant tout en attribuant un rôle aux vaisseaux et glandes lymphatiques dans la production des masses graisseuses de l'adénolipomatose, MM. Launois et Bensaude la différencient de la lymphadénie et se gardent bien de trancher la question quant à la cause primitive de cette affection. « Nous croyons donc », disent-ils, « qu'il s'agit primitivement, ainsi que le supposait

M. Hayem, d'une maladie du système lymphatique (ganglions et vaisseaux), mais que cette affection est absolument distincte de la lymphadénie, ainsi que le montrent l'anatomie pathologique, l'étiologie et surtout l'évolution clinique. » Et ailleurs : « Mais si nous croyons que l'affection est d'origine lymphatique, nous ne prétendons pas cependant expliquer le processus primitif de la lésion ganglionnaire. »

Cette théorie a soulevé de nombreuses discussions. C'est surtout en France où l'attention fut attirée sur cette question dès l'apparition du mémoire si complet de MM. Launois et Bensaude sur l'adénolipomatose, que les avis sont très divisés. Les uns avaient l'occasion d'observer des cas pouvant confirmer l'hypothèse de MM. Launois et Bensaude, tandis que d'autres sont arrivés à des résultats négatifs, et cela malgré les recherches les plus minutieuses.

Dans un grand nombre d'observations publiées depuis le mémoire de MM. Launois et Bensaude et où, par conséquent, on recherchait attentivement l'état du système lymphatique des malades, les résultats obtenus sont si dissemblables qu'il est difficile de se prononcer définitivement sur cette hypothèse. D'une part, comme nous l'avons déjà dit au début de notre travail, nombre d'auteurs n'ont trouvé rien qui pût la confirmer : l'examen histologique pratiqué dans bien des cas (Tuffier [obs. III], Reclus [thèse Ouéry ; obs. XI]) a montré du tissu graisseux pur ; les masses dures perçues à la palpation et à l'examen macroscopique au milieu de la masse graisseuse, sont aussi formées de

tissu adipeux normal, mais très condensé et renfermant une grande quantité de tissu fibreux (Quéry-Reclus); les ganglions du voisinage n'étaient pas altérés; il n'y avait non plus altérations du sang, ni passé ganglionnaire ; dans quelques cas, où les lymphatiques étaient inclus dans les lipomes, on nota en même temps des altérations des artères et des veines (Tapie). De plus, on trouve souvent les tumeurs dans des régions dépourvues normalement de ganglions, telles que épaule, région scapulaire, colonne vertébrale, épigastre, pubis. MM. Launois et Bensaude, il est vrai, objectent que l'on constate souvent la présence des ganglions non décrits par les classiques dans des régions où ils font défaut normalement. Mais la presque constance des tumeurs dans ces régions paraît fournir un argument sérieux contre l'origine lymphatique de l'adénolipomatose.

Il faut pourtant remarquer que l'examen histologique n'est pas toujours pratiqué même dans les cas opérés. Quant à l'aspect macroscopique, il est souvent trompeur et ne paraît pas répondre toujours à la réalité des faits. D'autre part, tant en France qu'à l'étranger, retentissent des voix qui plaident en faveur de cette théorie et rapportent de sérieux arguments à son appui.

Les cas les plus dignes d'attirer l'attention, ce sont ceux de MM. Jaboulay (obs. IX), Labbé et Ferrand en France et d'Askanazy en Allemagne.

MM. Labbé et Ferrand présentèrent le 14 juin 1901 à la Société médicale des hôpitaux une jeune fille de 18 ans atteinte d'adénolipomatose cervicale. Cette

malade issue d'une souche tuberculeuse, avait des adénites depuis l'âge de 8 ans. Les adénites qui au début étaient localisées à gauche, s'étendirent à toute la région cervicale, et s'entourèrent peu à peu de graisse, de sorte qu'au moment où la malade fut présentée à la Société médicale des hôpitaux, son faciès était nettement adénolipomateux. La santé générale paraissait excellente et l'auscultation du poumon n'a révélé rien de suspect. Mais vu le résultat positif du tuberculine-diagnostic, MM. Labbé et Ferrand concluent que, dans ce cas, il existe un rapport entre l'adénopathie primitive et la lipomatose consécutive, MM. Launois et Bensaude sont du même avis. Ils y voient « une preuve éclatante en faveur de la théorie ganglionnaire ». Disons ici que, dans quelques cas, peu nombreux il est vrai, les auteurs rapportent que les malades avaient des adénites pendant l'enfance et la jeunesse. Il en fut ainsi des malades de Roger Williams et de M. Schwartz (obs. II) qui tous les deux étaient atteints, pendant l'enfance, d'adénites cervicales (suppurées dans le cas de R. Williams).

Dans le cas de M. Jacoulay (obs. IX), il y avait des ganglions tuberculeux au milieu des masses adipeuses.

Non moins démonstratif est le cas d'Askanazy. A l'autopsie d'une femme morte d'un sarcome récidivant du corps thyroïde, il a trouvé un grand nombre de lipomes (en partie sous-cutanés, en partie profonds) du cou, des creux sus-claviculaires, dans le mésentère et au péritoine. Un des lipomes situés au voisinage de l'artère sous-clavière droite, présentait la pigmentation noire de l'anthracose. Soupçonnant que ce lipome n'était

autre chose qu'un ganglion transformé en lipome, il le soumit à l'examen microscopique qui confirma pleinement cette supposition. Sur neuf lipomes mésentériques examinés au hasard, il en a trouvé huit développés aux dépens des ganglions lymphatiques. Il a encore constaté qu' « un lipome plat plus volumineux plus diffus, présente à sa base un groupe de ganglions lymphatiques ; or, l'examen macroscopique n'a pas fait soupçonner cette origine. »

En faveur de la transformation graisseuse il invoque deux faits physiologiques : 1) La substitution du tissu adipeux au tissu lymphatique est démontrée pour le thymus qui subit l'involution dès le premier âge et se transforme en une masse graisseuse ; 2) la transformation de la moelle osseuse rouge lymphoïde en moelle graisseuse.

Goebel rapporte aussi l'autopsie du malade de Schütz, mort du cancer de l'estomac. L'examen macroscopique a démontré une hypertrophie du tissu graisseux avec, par ci par là, des foyers de tissu glandulaire. Mais après examen microscopique, Goebel croit qu'il s'agit plutôt d'un refoulement du tissu glandulaire par du tissu graisseux que d'une lésion primitive des ganglions lymphatiques.

D'autres auteurs rapportent des cas confirmant l'hypothèse de MM. Launois et Bensaude à laquelle ils se rallient. Nous n'avons qu'à noter le cas de Hirschfeld (obs. XV), où l'adénolipomatose coïncidait avec une pseudo-leucémie.

Sinnhuber (obs. XXIV) accepte, lui aussi, cette

théorie; « seulement », dit-il « nous manquons encore d'observations. »

En face de ces opinions si disparates, défendues toutes par des observateurs qui, à l'appui de leurs affirmations, apportent des preuves plus ou moins convaincantes, nous ne nous croyons pas autorisée à nous prononcer pour l'une ou l'autre des hypothèses proposées. Des recherches histologiques plus nombreuses et très détaillées sont encore nécessaires avant que l'on puisse émettre une opinion ferme sur la nature de l'adénolipomatose. Peut-être la cause de cette affection n'est-elle pas toujours la même ?

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Lorsque la maladie est à la période d'état, le diagnostic ne présente pas de difficulté. En effet, l'aspect du malade est tellement caractéristique que si cette affection avait été confondue avec d'autres, cela tient à ce que l'on ne l'a pas considérée comme une entité morbide,

Chez les *obèses*, on trouve souvent un bourrelet au cou ; mais il ne reproduit jamais l'aspect d'un collier, il est beaucoup plus diffus et ne se présente jamais sous forme de tuméfactions plus ou moins indépendantes les unes des autres. De plus, on ne trouve pas chez les adénolipomateux les signes habituels d'une adipose viscérale.

Les *lipomes congénitaux* ne portent en général pas à la confusion, quoiqu'ils puissent être symétriques. Du reste, le malade lui-même attire l'attention du médecin sur ce fait qu'il était toujours porteur de ces tumeurs. Enfin, elles n'amènent jamais de déformations monstrueuses.

Les *lipomes vrais* peuvent être multiples et à peu

près symétriques. Leur nombre peut même être beaucoup plus considérable que celui des lipomes diffus. Mais, en revanche, ils sont nettement circonscrits et encapsulés ; aussi réussit-on à les bien délimiter par la palpation.

Les *pseudo-lipomes sus-claviculaires* (Potain) présentent quelque analogie avec l'adénolipomatose. Ils peuvent être symétriques et occuper les régions où l'on trouve normalement des ganglions lymphatiques, ainsi que les autres régions du corps. Leurs volume et consistance subissent aussi des changements brusques. Mais on les trouve de préférence chez la femme (dans la proportion de 80 0/0, d'après Potain), ils siègent primitivement dans les régions sus-claviculaires. Les malades présentent en outre de nombreux signes d'arthritisme et de rhumatisme ; de plus, ils apparaissent brusquement et coïncident parfois avec de l'oedème. L'influence du froid et de l'humidité semble manifeste dans leur pathogénie. Potain cite le cas d'un malade, chez lequel les masses sus-claviculaires augmentaient tellement de volume pendant le froid que son menton reposait sur elles, et les mouvements de la tête étaient difficiles.

Le *lymphadénome* a trop de points de dissemblance pour prêter à la confusion. Les douleurs, les troubles fonctionnels et généraux, la consistance des tumeurs, ainsi que la marche progressivement envahissante ne laissent pas de doute sur la nature de cette affection. Sa terminaison est fatale et survient après 2 ou 3 ans. Enfin la récidive est constante après l'ablation des

tumeurs lymphadénomateuses, ce qui n'est pas ordinairement le cas dans l'adénolipomatose.

L'*adénolymphocèle* présente le plus d'analogie avec l'adénolipomatose, et était même quelquefois confondue avec cette dernière. Ainsi M. Bessio dans sa thèse (Paris 1895) sur l'adénolymphocèle, donne l'observation du malade présenté par M. Hayem à la Société médicale des hôpitaux le 5 mars 1897. En effet, dans l'adénolymphocèle on a aussi affaire à des tuméfactions symétriques, indolores, molles, au milieu desquelles on sent des noyaux indurés; dans le voisinage, on constate presque toujours la présence de ganglions et de troncs lymphatiques hypertrophiés. Ces tumeurs subissent en outre des changements brusques de volume. Mais, par contre, leur siège est différent, puisqu'on n'a jamais observé l'adénolymphocèle à la nuque, ni au dos, où les ganglions lymphatiques font défaut. Disons en terminant que, d'après MM. Launois et Bensaude, entre ces deux affections il y a probablement plus qu'une simple ressemblance.

Pronostic. — Il est bénin dans la majorité des cas. L'état général reste bon, et les malades ne viennent consulter pour la plupart qu'à cause des difformités que provoque l'accroissement exagéré des masses lipomateuses. Néanmoins, dans quelques cas rares, l'état général paraît être influencé défavorablement, et l'on note même le dépérissement des malades. Le pronostic s'assombrit surtout en raison de la compression exercée par les tumeurs plongeant dans le médiastin antérieur. Ainsi, le malade de M. Hayem est mort dans un accès d'étouffement.

TRAITEMENT

En présence d'opinions aussi divergentes sur la nature de l'adénolipomatose, il n'est point surprenant que les moyens proposés pour combattre cette affection soient très nombreux. Ces moyens sont médicaux et chirurgicaux.

I. — Traitement médical. — Les médicaments employés sont nombreux, mais, comme nous le verrons, leurs effets ne sont pas constants et même en cas de succès, les résultats obtenus ne sont pas de longue durée.

Nous ne citons que pour mémoire les injections interstitielles d'alcool absolu (Müller), les pommades fondantes, mercurielles et autres qui n'ont pas donné de résultats appréciables. M. Demons a essayé, sans aucun résultat, les injections interstitielles de solutions arsénicales et l'électricité.

Actuellement, ce sont les médications arsénicale et thyroïdienne qui jouissent du plus grand crédit parmi les médecins.

1° *Opothérapie thyroïdienne.* — Il y a quelques années, sa vogue était énorme. Les uns l'employaient parce que partisans de la théorie thyroïdienne, les autres à titre d'excitant de la nutrition, croyant obtenir de la sorte la disparition des masses lipomateuses. Elle paraît surtout être employée en Allemagne, et nombre d'auteurs rapportent des observations dans lesquelles l'opothérapie aurait donné de bons résultats.

Dans le 1er cas de Rothmann (obs. XX), les tumeurs de la nuque et des bras se sont ramollies après un traitement de 2 mois (le malade avait pris en tout 200 tablettes de thyroïdine); la circonférence du bras gauche descendit de 51 à 43 cm. 1/2, celle du bras droit de 45 1/2 à 40, le cou au-dessous des tumeurs ne mesurait plus que 36 cm. 1/2 au lieu de 44 au début du traitement. Dans le deuxième cas (obs. XXI) soumis au même traitement, les résultats n'étaient que peu appréciables. Dans d'autres cas, ceux de Guidiceanden, d'Ewald, de Türk (1er cas, obs. XXV), de Langer, il survint une améloration. Langer croit même qu'il faudrait toujours essayer la thyroïdine.

Néanmoins, à côté des cas plus ou moins favorables, on en trouve d'autres où la médication est, pour ainsi dire, inutile. Cabanès (obs. VI) traita sans résultat aucun son malade par l'opothérapie pendant 2 mois. Les périodes de régression momentanée des tumeurs étaient suivies de périodes où elles augmentaient de volume. Or, ces changements brusques de volume sont caractéristiques pour l'adénolipomatose et s'observent même en l'absence de tout traitement.

J. Levai et M. Schein ont aussi échoué avec la thyroïdine administrée pendant le même laps de temps.

Nous n'avons pas besoin de rappeler que, même dans les cas les plus favorables, on n'a jamais observé la disparition complète des tumeurs. En somme, c'est un médicament incertain, et il est impossible de déterminer les conditions qui en règlent l'effet. L'amélioration survenue est-elle durable et bien due à la thyroïdine, ou bien ne se maintient-elle peut être que pendant le séjour du malade à l'hôpital où interviennent d'autres facteurs (repos, régime, impossibilité de boire beaucoup d'alcool, etc.)? Quelques cas semblent plaider en faveur de la dernière supposition. Ainsi, von Ehrenwal a observé un malade chez lequel l'abstinence de l'alcool, le régime et le séjour à la campagne ont amené la regression des tumeurs et le rétablissement de la santé. Dans le cas de M. Hayem, la thyroïdine administrée pendant quelques jours seulement, fit diminuer les tumeurs et atténua la cyanose et la gène respiratoire; mais la même médication continuée ultérieurement pendant 15 mois, n'a plus produit aucun bénéfice, et le malade finit par être emporté dans un accès d'étouffement.

2° *Médication arsénicale.* — Elle est aussi beaucoup employée, surtout depuis que la théorie ganglionnaire permet de soupçonner l'influence possible de la tuberculose. Mais elle non plus n'a jamais amené de guérison complète. Il se peut même que les résultats encourageants que l'on rapporte, ne durent que pendant que le malade est soumis au traitement arsénical.

II. — Traitement chirurgical. — Nous croyons qu'il constitue actuellement le moyen de choix, surtout dans les cas où les phénomènes de compression des organes du médiastin antérieur ne permettent pas de continuer pendant longtemps le traitement médical. Peut-être l'avenir nous apportera-t-il un moyen plus efficace et moins dangereux ; mais pour le moment, malgré les difficultés et parfois les dangers que présente l'intervention chirurgicale, elle reste le remède le plus sûr.

L'opération est le plus souvent laborieuse et demande parfois plusieurs séances, tant en raison de la multiplicité des tumeurs que par suite de leur diffusion, qui ne permet pas de poursuivre l'opération assez loin et pendant le temps nécessaire pour enlever toutes les masses graisseuses. Aussi est-on souvent obligé de n'extirper que les tumeurs les plus gênantes. Les difficultés opératoires proviennent surtout de l'hémorrhagie et de la diffusion des tumeurs.

1° L'*hémorrhagie* est parfois abondante. Nous parlons ici de l'hémorrhagie survenue par suite de la grande vascularisation des lipomes et de la section des rameaux sanguins qui les avoisinent. Par son abondance, elle gêne en cachant le champ opératoire, d'où parfois impossibilité de se rendre compte d'où vient le sang.

2° *Diffusion*. — Un des caractères essentiels de l'adénolipomatose, c'est que les tumeurs sont diffuses et envoient parfois des prolongements qui pénètrent très loin dans la profondeur, dissociant les aponévroses, les muscles, entourant les nerfs et les vaisseaux. Lesser-

sohn rapporte un cas (obs. XIX) où l'extirpation d'une tumeur cervicale a mis à nu le maxillaire inférieur, les muscles du plancher de la bouche, les gros vaisseaux du cou et le larynx. M. Tuffier (obs. III) a vu un lipome s'engager à une telle profondeur qu'en l'extirpant il dénuda le péricrâne. De même M. Le Dentu a vu un lipome circonscrire la trachée et l'œsophage. Comme l'intervention porte le plus souvent sur la région cervicale antérieure, on conçoit que la blessure des gros troncs vasculaires est surtout à craindre. Et en effet, on cite plusieurs cas dans lesquels cette complication est survenue : ouverture de la veine jugulaire interne (Langer), de la jugulaire interne et de deux jugulaires externes (Payson F. Huckins) etc. Heureusement tous ces cas se sont terminés par la guérison.

Les *suites opératoires* sont ordinairement bonnes. Ce n'est que rarement qu'on note des douleurs intenses dues peut-être à la blessure d'un nerf (Hutchinson, 2[e] cas, obs. XXIX), de légères suppurations, etc. On cite encore la possibilité de cicatrices kéloïdiennes.

Récidive. — On admet généralement qu'elle ne se voit jamais. On trouve pourtant des exemples où la tumeur se reproduit au siège même de la tumeur extirpée. Le premier cas rapporté dans la thèse de Tapie concerne un homme opéré en 1883 par Péan; le lipome entre les deux épaules se reproduisit en 1886. MM. Fournier et Bensaude (obs. VIII) présentèrent en 1901 un malade opéré par Longuet à Cochin il y a 4 ans : les tumeurs rétro-mastoïdiennes, sus-claviculaires, sus-ster-

nales et au sommet des deux épaules furent enlevées alors. Or, seules les tumeurs rétro-mastoïdiennes n'ont pas récidivé ; dans les autres régions du corps, elles se reformèrent ; le malade portait encore des cicatrices kéloïdiennes rouges et volumineuses. Rothamnn (2e cas, obs. XXI), Kemp (obs. XVI), Lessersohn (obs. XIX) et Pestel-Mazoglu rapportent des cas analogues.

Nous voyons donc que, par suite de l'impossibilité d'enlever toutes les masses graisseuses qui s'infiltrent dans les interstices, on ne se met pas toujours à l'abri de voir des tumeurs se développer à la même place où était extirpée l'ancienne. En tous cas, ces accidents ne sont pas nombreux ; et en présence de nombreux succès, on n'a pas à s'en occuper. Toutefois si l'état général du malade est bon et qu'il ne tient pas beaucoup à l'intervention chirurgicale, on pourrait essayer une des médications dont nous avons parlé plus haut. Quant aux cas où des phénomènes de compression sont déjà survenus ou sont imminents, l'intervention chirurgicale est absolument indiquée.

OBSERVATIONS

Observation I

(PERSONNELLE).

C... M..., âgé de 37 ans, charretier en bière. Entré à l'hôpital Cochin (service de M. Schwartz) pour des tumeurs du cou le 29 avril 1904.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'un chaud et froid. Etait robuste, mais pas gros. Une sœur et un frère morts en bas âge de maladies inconnues. Sa mère est bien portante. Elle n'est pas obèse.

Antécédents personnels. — Croup à 7 ans ; à 20 ans une bronchite pour laquelle il s'est soigné chez lui pendant 2 mois ; depuis, il tousse de temps en temps. Fume beaucoup. Les 3 derniers hivers, dit avoir craché du sang. Pas de spécificité. Le malade est un grand buveur. Vu son métier de charretier en bière, il en boit, suivant l'occasion, jusqu'à 15 litres par jour, sans compter les apéritifs.

La maladie actuelle a débuté il y a 3 ans par l'apparition

d'une tumeur préauriculaire gauche. Ensuite apparut une tumeur sous-maxillaire gauche qui augmenta rapidement de volume, s'étendit et envahit le côté droit. Quant aux tumeurs de la nuque, le malade ne se rappelle pas bien l'époque de leur apparition. Peu de temps après, les tumeurs ayant diminué de volume, le malade n'y faisait plus attention. Il y a un mois, les tumeurs commencèrent à croître avec une grande rapidité, en même temps le malade éprouvait de légers accès d'étouffement. Inquiet, il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel, (fig. 1, pl. I). — Le malade présente un certain embonpoint; il est bien musclé, mais pas gros, les membres supérieurs et inférieurs ne sont pas gros. L'aspect de la tête est caractéristique; au lieu de se rétrécir elle s'élargit vers le cou (tête dite en poire).

On trouve dans les régions préauriculaires 2 tumeurs mollasses se délimitant assez bien, de la grosseur d'une noix. Dans les régions sus-hyoïdiennes médiane et latérales, tumeurs molles dont les limites sont difficiles à préciser et qui forment au devant du cou un double menton; ces tumeurs se perdent vers les angles du maxillaire inférieur et des deux côtés descendent plus bas qu'au milieu. Leur consistance est inégale, plus dure vers le milieu ; dans les tumeurs latérales, l'exploration permet de percevoir des noyaux durs entourés d'une masse pâteuse. A la partie antérieure du cou, quelques petites tumeurs plus ou moins isolées, et une tumeur médiane sus sternale, de la grosseur de la moitié d'une pomme. Quatre tumeurs symétriques à la nuque, deux supérieures rétro-mastoïdiennes, de la grosseur d'une noix, cachées en partie par les cheveux, deux inférieures, plus petites et plus étalées. Contre la vertèbre proéminente, une tumeur médiane, grosse comme un poing, qui descend sur la

partie supérieure du dos et présente sur la ligne médiane une rainure peu profonde. Dans les régions sus-claviculaires, se trouvent 2 masses graisseuses assez volumineuses présentant de la lobulation au pincement. Les régions mamelonnaires sont développées ; la paroi abdominale est très épaisse, surtout au-dessous de l'ombilic. C'est une véritable tumeur à aspect myxœdémateux, la peau est lisse et la pression du doigt ne laisse pas de godet. Deux masses étalées dans la région lombaire.

Le malade porte une hernie ombilicale de la grosseur d'un œuf de poule. Les veines sous-cutanées du thorax sont très développées.

Le cœur est normal ; les bruits sont lointains. Ni la rate, ni le foie ne sont augmentés de volume. Les amygdales sont normales. A l'auscultation du poumon, on entend une respiration soufflante, bronchique, et quelques gros râles disséminées des deux côtés. Rien de suspect aux sommets. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité. Les réflexes sont conservés. L'intelligence paraît ordinaire. Rien d'anormal du côté de la vue, ni de l'ouïe.

Urine. — Deux litres et demi par 24 heures, mais le malade boit autant. L'analyse n'a révélé rien d'anormal.

A l'entrée, la voix du malade était un peu rauque et il éprouvait des étouffements pendant la nuit. Après 2 ou 3 jours de séjour à l'hôpital, il ne les éprouvait plus, et la voix était claire.

On lui administra la liqueur de Fowler. Les tumeurs devinrent plus molles et paraissaient diminuer un peu de volume, ce qui était surtout appréciable pour la tumeur sus-sternale.

M. Schwartz ne jugeant pas l'intervention nécessaire et le malade se sentant mieux, il quitta l'hôpital le 13 mai.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. Schwartz.)

Homme âgé de 39 ans, entre le 4 janvier 1904 à l'hôpital Cochin pour une tumeur du cou.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de variole noire à 31 ans. Père mort de pneumonie à 70 ans.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Quelques glandes dans l'enfance.

Il y a un mois, le malade constata la présence d'une tumeur du volume d'une noix, occupant la région sus-hyoïdienne médiane. La tumeur était molle, absolument indolore et n'occasionnait aucun trouble fonctionnel. La tumeur ayant augmenté de volume, le malade inquiet vient consulter.

Etat actuel. — Le malade est bien constitué.

On constate à la région sus-hyoïdienne médiane une voussure arrondie, formant un double menton. Elle fait saillie sous la muqueuse du plancher de la bouche, soulevant légèrement la base de la langue. A la palpation, la tumeur semble arrondie, mais on en apprécie mal les contours, à cause de la résistance des muscles qui la brident ; elle semble envoyer des prolongements latéraux. Consistance très molle et presque fluctuante. Pas d'adhérence de la peau, ni de la muqueuse à la tumeur, qui est relativement mobile.

Au devant du sternum se trouve une autre tumeur diffuse qui n'occasionne ni gêne, ni douleur. Quant à la tumeur sus-hyoïdienne, elle refoule légèrement la base de la langue et le malade éprouve une très légère gêne de la mastication et de la déglutition.

Opération. — Le 10 janvier extirpation de la tumeur sus-hyoïdienne. A l'incision, immédiatement sous la peau, on trouve une masse lipomateuse diffuse, envoyant des prolongements dans les muscles voisins. Pas de ganglions dans le voisinage.

Examen macroscopique. — Pas de ganglions à l'intérieur de la tumeur.

Enlèvement des fils le huitième jour.

Le malade sort guéri le 19 janvier 1904.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. Tuffier.)

R... J..., âgé de 54 ans, emballeur.

Le malade entre à l'hôpital Beaujon pour des tumeurs volumineuses multiples non douloureuses du cou.

Antécédents personnels.— Le début s'est fait il y a 2 ans insidieusement. Il est apparu dans la région rétro-mastoïdienne gauche une tumeur du volume d'une fève qui est restée stationnaire pendant 1 an. Puis elle s'est mise à augmenter progressivement de volume, en même temps qu'apparaissait une tumeur symétrique dans la région rétro-mastoïdienne droite. Il y a 6 mois, sont apparues 2 tumeurs dans les régions sous-maxillaires gauche et droite qui ont très rapidement augmenté de volume. Pendant toute cette évolution aucun trouble fonctionnel.

Etat actuel, (fig. 2, pl. I). — Le cou du malade est augmenté de volume dans son ensemble, donnant à la tête un aspect piriforme, par suite de la présence des 4 tumeurs symétriques déjà signalées. Dans la région rétro-auriculaire gauche, la tumeur a le volume d'une orange, elle est mobile sur les plans profonds ; la peau est

mobile aussi, mais légèrement épaissie. Dans son ensemble la tumeur a la forme d'un ovoïde bilobé, en forme de gourde. Lisse, égale, régulière, assez molle dans sa partie inférieure, elle est, au contraire, de consistance plus ferme et plus dure à sa partie supérieure. A la partie inférieure de cette tumeur s'en trouve appendue une autre du volume d'une noix, présentant les mêmes caractères généraux, et ce fait notamment que la partie supérieure plus bridée est de consistance plus ferme.

A la partie antérieure du cou, c'est encore à gauche que se trouve la tumeur la plus volumineuse. Elle atteint le volume d'un poing, descend jusqu'au sternum et se continue en arrière par un plan régulier avec la tumeur postérieure. La tumeur semble constituée dans son ensemble par un amas de noyaux du volume d'une noix plongés dans une atmosphère diffluente. La peau est libre et mobile, épaissie par place.

En plus de ces tumeurs principales, on trouve dans la région sous-mentonnière une tumeur unique du volume d'un œuf de pigeon.

La palpation profonde du cou permet de sentir toute une série de ganglions le long de la chaîne carotidienne.

A l'examen du corps, on décèle toute une série de masses volumineuses présentant tous les caractères des lipomes. On en trouve dans la région parotidienne, dans le creux sus-claviculaire et l'espace sus sternal. On en trouve encore dans le creux axillaire, dans la région inguinale et tout le long de la colonne vertébrale, en forme de chapelet disposé de chaque côté de façon symétrique. Les ganglions sont appréciables à la palpation dans le creux axillaire, le ganglion épitrochléen est augmenté de volume. Rien du côté des amygdales ; la rate n'est pas perceptible à la percussion.

On ne relève rien dans ses antécédants, ni tuberculose, ni spécificité. Pas d'hérédité simillaire. Alcoolisme léger.

Première opération le 21 novembre 1903. — Incision allant d'une oreille à l'autre passant en jugulaire sous le cou. En dessous du peaucier, je trouve une première masse diffuse ressemblant à un lipome, mais à un lipome absolument blanc et plus dur que les lipomes ordinaires. J'enlève par énucléation et dissection cette tumeur droite allant de la ligne médiane à la parotide. Je ne vois aucun ganglion hypertrophié. J'enlève un ganglion de la chaîne carotidienne qui adhérait mais qui n'était pas hypertrophié. La seule difficulté opératoire consiste dans ce fait que la partie postérieure du lipome engaîne la jugulaire interne et la carotide. J'enlève ensuite la masse gauche. Je trouve un prolongement entre les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, le larynx et la trachée. La tumeur a le volume d'un gros œuf aplati. Mêmes rapports avec les vaisseaux carotidiens ; de ce côté l'extirpation est facile. Surget à la soie, deux drains à l'angle du maxillaire.

Suites opératoires excellentes.

Deuxième opération le 15 décembre, sous chloroforme. — Incision parallèle au grand axe de la tumeur de la partie gauche de la nuque. Je trouve un lipome tellement adhérent et diffus, blanc et dur, que je dois le fendre transversalement pour l'extirper de la profondeur vers la superficie. Au-dessous du trapèze et du splénius, je trouve un lipome à une telle profondeur qu'en l'extirpant je dénude le péricrâne. Les deux tumeurs sont fibrolipomateuses.

Suites opératoires normales. Les agrafes sont enlevées le 5 janvier.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. Tuffier.

R... V..., 51 ans, terrassier. Entré le 5 février 1904 à l'hôpital Beaujon, salle Malgaigne, lit n° 12.

Le malade est entré il y a 5 semaines (6 janvier) en médecine pour une bronchite et pour une tuméfaction de la région cervicale.

Antécédents héréditaires. — Son père âgé de 77 ans n'a pas de tuméfactions analogues ou du moins n'en avait pas, car il ne l'a plus revu depuis longtemps. Sa mère est morte à 48 ans d'une affection qu'il ne peut préciser. Il a trois frères dont aucun n'avait de tuméfactions analogues aux siennes. Pas de frères ni sœurs morts.

Marié, il a un enfant bien portant ; il en a perdu deux, l'un peu de temps après la naissance, l'autre de bronchite à 17 mois.

Antécédents personnels. — Il ne se souvient pas avoir été malades pendant l'enfance, mais il a été réformé pour varices. Il vint à Paris à l'âge de 18 ans.

Il y a 14 ans, il sentait quelque chose de douloureux dans le ventre, vers la région ombilicale. C'était une sorte de boule faisant glou-glou quand il marchait. Un matin il perd 2 litres et demi de sang par la bouche et le rectum. Son médecin le garde au lit quatre semaines avec un régime sévère. Puis il reprend son régime ordinaire et ses occupations. Il ne s'est plus reproduit ni hématémèse ni melœna. Mais il reprend ses habitudes alcooliques, buvant sec et des boissons les plus variées.

Depuis longtemps du reste, il a le matin au réveil des pituites qui lui produisent, une fois rendues, une sensation de mieux être. A l'âge de 26 ans, il fait une fluxion de poitrine. Depuis, il ne cesse de tousser ; il crache surtout le matin, mais il n'a pas maigri, ni perdu l'appétit qu'il n'a jamais eu très fort. Il y a 6 semaines, aggravation des symptômes bronchitiques. Il vient à l'hôpital se sentant gêné par la tuméfaction cervicale dont nous allons relater l'histoire.

Il y a 2 ans 1/2, derrière le lobule de l'oreille gauche, se montre une petite nodosité qu'il remarqua seulement quand elle avait atteint le volume d'une petite noix. Il va à Lariboisière où on calme son inquiétude. Rassuré, il ne se fait pas opérer. A ce moment, il n'y avait nulle part ailleurs de tuméfaction analogue. La nodosité n'a pas cessé de grossir, mais il y a un an, d'autres commencent à apparaître et à croître toutes simultanément, car il ne peut déterminer leur âge respectif. Néanmoins, c'est depuis deux mois surtout que le cou augmente de diamètre et en particulier la partie sus-sternale.

Etat actuel, (fig. 3 et 4, pl. II). — C'est un homme qui n'est pas gros, malgré son apparence. En effet, ses membres inférieurs sont frêles, et le pannicule adipeux sous-cutané est réduit au minimum. En revanche, à l'abdomen, trois sillons transversaux. Le tissu cellulaire sous-cutané est ici très abondant. Le thorax est très capitonné de graisse ; également les mammelles pendent graisseuses, mais elles n'ont pourtant pas l'aspect féminin. Sur la ligne médiane, deux tumeurs pré-sternales forment un angle un peu saillant en avant et une sorte de voussure.

A la base du cou, vraie tuméfaction en collier mais diffuse, sans limites nettes. En bas, elle semble plonger derrière la fourchette sternale, débordant au-devant les clavicules qui sont

recouvertes dans leur moitié interne d'un vrai matelas graisseux tout à fait remarquable.

Cette graisse semble avoir des connexions avec les fibres du peaucier, comme on s'aperçoit en faisant faire au malade une grimace qui tend ce muscle. Cette tuméfaction de la base du cou grossit dans les quintes de toux (et surtout quand le malade reste couché). Quand il est debout (et plus il reste debout, plus le fait est net), cette tuméfaction disparaît au repos et il n'en reste plus rien. Elle donne une sensation de graisse, mais moins serrée, moins dense que la paroi thoracique. En arrière, à l'opposé de cette tuméfaction antérieure, on perçoit une tuméfaction également diffuse au niveau de la septième vertèbre cervicale et de la première et deuxième dorsales. Ce collier de la base du cou est nettement séparé des tuméfactions siégeant plus haut, par une zone privée de tissu graisseux. La peau glisse facilement sur toutes ces tumeurs.

Au cou, nous constations l'aspect très caractéristique de l'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. Une tumeur de chaque côté de la ligne médiane en arrière, chacune du volume d'un poing d'enfant. Tumeur sur la ligne médiane ; elle est limitée en haut par la ligne courbe occipitale supérieure et s'étend en avant jusqu'à l'apophyse mastoïde. La limite inférieure est indiquée par le sillon décrit plus haut Mais la tumeur est réunie par une sorte d'isthme à la tuméfaction inférieure. Ces deux tuméfactions occipitales sur lesquelles la peau est mobilisable, ne sont sans doute pas adhérentes à l'oreille, mais solidement appliquées devant elle.

En avant, on trouve un vrai jabot du volume d'un œuf de dinde qui paraît se continuer avec la tuméfaction préauriculaire gauche. En réalité, la palpation les montre séparées. La

tumeur préauriculaire est bilobée : il y a un lobe supérieur devant le tragus, le lobe inférieur, le plus gros et le premier en date, descend sous l'oreille et empiète en avant sur la région parotidienne. Toutes ces tuméfactions sont diffuses.

Derrière le jabot sous-mentonnier, entre le cartilage thyroïde et le maxillaire, presque au niveau de l'os hyoïde, on sent au palper une tumeur dure, de consistance presque cartilagineuse, du volume d'une noix, mobile surtout transversalement et libre d'adhérences.

Au bras, le pannicule adipeux épais contraste comme le tronc avec l'émaciation des membres inférieurs. Dans aucune des régions ganglionnaires (épitrochlée, aisselle, aine) on ne note de tumeurs. Les ganglions sont normaux. La rate n'est pas perceptible, le foie est plutôt diminué de volume. Respiration très peu soufflante au niveau du hile, respiration plus forte à gauche. Quelques râles sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons. Pouls 68 par minute, plein, bien frappé. Cœur normal. Auscultation des vaisseaux du cou négative. Les pupilles sont égales et normalement dilatées. Mais pendant son séjour en médecine, on avait constaté un myosis vrai.

La figure est rouge, congestionnée, mais il en a toujours été ainsi. Coloration normale des téguments. Le malade se plaint d'essoufflement au moindre effort. Ce symptôme existe depuis que la tuméfaction de la base du cou a commencé à augmenter, c'est-à-dire depuis deux mois. Le malade dort assez mal.

Opération le 9 avril. — Au dessous du peaucier et de l'aponévrose cervicale superficielle, un volumineux lipome médian sus-sternal, descendant jusque dans le médiastin antérieur et comprimant la trachée. Je découvre ensuite deux lipomes allant dans les deux creux sus-claviculaires derrière les sterno-

cléido-mastoïdiens. Je cercle à nu la veine sous-clavière des deux côtés. Ces deux lipomes sont blancs, mous et diffus; quand ils sont enlevés, on voit la trachée et les sterno-cléido-mastoïdiens et plus profondément les deux scalènes et les sterno-hyoïdiens. Très nombreuses veines à lier.

La *deuxième opération* consiste à enlever le lipome sous-maxillaire qui a dissocié les muscles du plancher de la bouche. Dans une *troisième opération* j'enlève, en avant du cartilage thyroïde, un lipome dur, ligneux, du volume du pouce, coudé en travers du corps thyroïde. Drain enlevé le lendemain. Mais on remet le drain le 11 février, à cause du suintement et de la suppuration, et on fait un pansement humide. La suppuration cesse le 16 février. Le malade se félicite de respirer plus aisément qu'avant l'opération.

Observation V

(BONNEFOND.)

Homme entré à l'hôpital en 1900.

Pas d'hérédité similaire. Les enfants bien portants. Début en 1897 par une tumeur médiane qui augmenta jusqu'à atteindre la grosseur d'une mandarine, puis resta stationnaire pendant 18 mois. Ensuite apparurent les autres tumeurs. Alcoolisme.

Etat actuel. — La figure entourée d'un bourrelet considérable qui s'étend d'une oreille à l'autre en passant sous le menton. Tumeurs de consistance inégale : plus fermes à la partie médiane et antérieure du cou, et aussi dans les régions auriculo-mastoïdiennes.

Peau mobile. Etat général excellent. Pas de troubles de la sen-

sibilité, ni altération des réflexes ; la rate n'est pas grosse. Force masculaire intacte ; le caractère n'a pas changé. Artères indurées.

Opération. — Sont enlevées la tumeur rétro-auriculaire droit et la tumeur médiane.

Suites opératoires. – Paralysie de l'orbiculaire buccale droit, due probablement à la section d'un rameau facial.

Examen microscopique. — Tissu adipeux normal. Ganglions non altérés.

Observation VI

(Cabanès).

Homme âgé de 44 ans, peintre, marié, sans enfants. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels — Alcoolisme (anisette). Aucune maladie vénérienne. Pas d'affection du système respiratoire. Pas de saturnisme.

Il y a 5 ans, fortes douleurs à la nuque et apparition de 2 petites tumeurs symétriques. En un mois, d'une poussée, elles grossirent jusqu'à dépasser le volume actuel. Puis tumeurs au cou et sur les épaules.

État actuel. — Lipomatose diffuse à prédominance cervico-scapulaire. En avant, tumeur en bavette qui borde le menton et les joues ; 2 tumeurs préauriculaires en amandes ovales. En arrière, 2 éminences sur la nuque, du volume d'une grosse orange coupée en deux. On compte 67 cm. sur le mètre passant par la nuque et le menton. Au-dessous de ces tumeurs, un demi-collier antérieur lipomateux, plus volumineux à gauche. Multi-

ples lipomes volumineux symétriques entre les seins et les aisselles, dans le dos, à la pointe des omoplates, sur les déltoïdes, dans la région lombaire, et plus petits sur les droits de l'abdomen et dans le triangle de Scarpa. Les lipomes mous contiennent de petites masses dures. Circulation complémentaire sur le thorax.

Pas de troubles respiratoires, ni phénomènes de compression. Cœur et foie normaux. Pas d'hypertrophie de la rate. L'analyse des urines decèle une insuffisance de l'élimination de l'urée (6 gr. par litre). L'élimination des chlorures est de 8 gr. par litre. Système musculaire et système nerveux normaux. Vigueur génitale beaucoup diminuée.

Thyroïdine pendant 2 mois sans succès. Depuis, cacodylate de soude.

Observation VII

(Dieulafoy.)

Homme. Pas d'obésité. Début il y a 12 ans par des tumeurs de la région cervicale. Alcoolisme. Pas de syphilis, ni tuberculose.

État actuel. — Les tumeurs lipomateuses occupent les régions antérieures, latérales et postérieure du cou. La tête repose sur un manchon lipomateux. Masses de dimensions diverses, enflées, comme fusionnées, sans ligne de démarcation bien nette. Pas de douleurs, ni adhérence à la peau. A la région mentonnière, elles sont plus molles qu'en arrière. A la nuque tumeurs symétriques, plus dures, en partie cachées par les cheveux. Tumeur au niveau de la vertèbre proéminente. Lipomes symé-

triques dans les régions inguinales avec nodosités au milieu ; deux lipomes aux régions claviculaires et quatre à la région lombo-sacrée.

Santé générale bonne ; pas de lésion organique ; aucun symptôme de compression ; pas d'œdème, pas de troubles respiratoires.

Les urines sont normales. *Examen du sang* : normal ; peut-être la proportion des éosinophiles (4 0/0) est-elle un peu forte.

Extirpation d'un lipome de l'aine. *Examen histologique* : lipome normal, sans traces de ganglions.

Observation VIII

(Fournier et Bensaude).

Homme robuste, âgé de 46 ans. Figure rouge, aspect peu intelligent. Remarqua il y a 5 ans l'apparition des tumeurs à la nuque, à la base du cou, au creux sus-claviculaire et à la partie supérieure du dos. Fut opéré à Cochin l'année suivante. Récidive. Alcoolisme. Chancre mou et blennorrhagie. Sujet aux bronchite depuis l'âge de 40 ans.

Etat actuel. — Lipomes diffus dans la région cervico-faciale et dans les différentes parties du corps. 2 saillies préauriculaires. Bourrelet peu marqué sous le menton. Tumeur à la partie antéro-inférieure du cou, recouvrant la poignée du sternum, qu'elle déborde des deux côtés. Tumeurs sus-claviculaires. Lipome diffus difficile à délimiter à la partie postérieure du cou. Lipome du côté gauche de la vertèbre proéminente, pas de tumeur similaire du côté droit. Lipomes dans les fosses sus-épineuses, à la région sacrée, aux aisselles, sur les faces

internes des bras, aux triangles de Scarpa. Lipomes au-dessous du pli des coudes sur la face antérieure des avant-bras. Peau mobile. Les deux tumeurs préauriculaires sont recouvertes par la peau rouge irritée. Circulation complémentaire dans la partie supérieure du thorax. Cicatrices kéloïdiennes volumineuses d'un rouge vif consécutives à l'intervention chirurgicale, soulevées partout par des masses lipomateuses, sauf au niveau des fosses rétro-mastoïdiennes. Consistance variable des tumeurs. Les plus dures au sommet des épaules. Noyaux durs au milieu des masses graisseuses.

Le malade tousse un peu. Inégalité pupillaire. Cœur normal. Pouls 80. Rate normale. Foie déborde légèrement les fausses côtes. Appétit très développé. Certaine irritabilité et parfois tendance à l'hypocondrie. Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité. Pas de troubles de la sécrétion sudorale. Réflexes normaux. Diminution de l'ouïe et quelques troubles de la vue. Etat général bon. Urine normale.

Examen du sang. — Ce dernier est normal.

Observation IX

(Jaboulay.)

Homme âgé de 37 ans.

Antécédents personnels. — A l'âge de 13 ans, adénites suppurées sous-maxillaires qui ont laissé des cicatrices.

État actuel. — Série de lipomes symétriques et médians ; les plus gros siégaient à la région sus-hyoïdienne latérale et étaient enlevées il y a trois semaines. Au milieu d'eux, ganglions lymphatiques reconnus tuberculeux à l'examen microscopique.

D'autres lipomes à la région occipitale, en face de la septième vertèbre cervicale, à la région lombaire, aux bras et sur la ligne médiane de l'abdomen. Aux aines, 2 grosses masses formées à la fois de ganglions et de graisse.

Les lipomes se sont d'abord développés autour d'anciens ganglions tuberculeux, puis d'autres se sont montrés dans les régions où l'on ne décrit pas habituellement de ganglions.

Examen du sang : 12.000 globules blancs dont 35 0/0 mononucléaires, bien qu'il y eût encore une plaie ouverte qui aurait dû augmenter le nombre des polynucléaires.

Analyse des urines : pas de sucre, ni albunine ; urée 9,45 ; chlorures 8,90 et phosphates 1,92 par litre.

Les forces ne sont pas diminuées. Pas de tuméfaction du foie, ni de la rate.

Observation X

(Petit).

Manouvrier. Adénolipomatose depuis 1885. Début par deux tumeurs de la région rétro-mastoïdienne, puis la région antérieure du cou fut également envahie. Alcoolisme. Cirrhose en 1892 ; cinq ponctions suivies d'amélioration. Pendant que le malade maigrit, la lipomatose diminue de volume, pour s'accroître pendant le retour de la santé Extirpation des deux masses rétro-mastoïdiennes.

Observation XI

(Quéry).

Homme âgé de 30 ans, entre en 1901 à l'hôpital Laënnec. Alcoolisme.

Début il y a cinq ans par des tumeurs de la nuque et sous-maxillaires.

Etat actuel. — Deux tumeurs symétriques à la nuque, du volume d'une pomme ; plus bas, deux autres moins volumineuses. Cou gros. En avant, une sorte de demi-collier en forme de croissant : deux tumeurs préauriculaires, deux sus-claviculaires. Paroi abdominale chargée de graisse, présentant une véritable tumeur lipomateuse médiane au-dessous de l'ombilic. Masses adipeuses du côté interne des bras, et à la face antéro-interne des cuisses. Consistance inégale des tumeurs du cou. On sent des noyaux durs dans du tissu mou et pâteux.

Rate normale. Foie légèrement atrophié. Pas de douleurs. Pas de troubles de la sensibilité. Intelligence intacte. Examen des urines : rien de spécial. Leucocytose légère.

Opération. — Extirpation des tumeurs de la nuque. *Suites opératoires* normales.

Examen histologique. — Tissu adipeux normal, sans aucune trace de ganglions. Les masses dures perçues à la palpation et à l'examen macroscopique, sont formées de tissu adipeux normal, mais très condensé et renfermant une grande quantité de tissu fibreux (fibrolipomes).

Observation XII

(H. Broer.)

Homme âgé de 39 ans. Lipomes symétriques.

Siège : Deux à la nuque, deux au cou dans le creux sus-claviculaire ; ventre adipeux en quatre étages ; lipomes au pubis, dans les aines et au-dessus de la crête iliaque. Ces tumeurs ne provoquent pas de troubles.

Le malade veut être opéré parce que la difformité le gêne.

Extirpation de la tumeur gauche, qui est diffuse, non encapsulée et s'infiltre dans les tissus environnants.

Observation XIII

(Cleve).

Homme robuste âgé de 27 ans. Début il y a un an. Alcoolisme modéré. Hérédité : son père atteint de la même maladie, fut décrit par Steinkopf (*Steinkopf*, Ueber einen Fall von Fetthals. Thèse de Freiburg, 1889).

Série de tumeurs molles symétriques diffuses non lobées à la nuque et à la partie antérieure du cou.

Opération le 12 décembre. Une partie de la tumeur est profonde. Les tumeurs antérieures pénètrent entre les faisceaux des muscles hyoïdiens.

Suites opératoires normales ; pas de récidive le 12 février suivant.

Observation XIV

(Erdmann.)

Homme âgé de 31 ans, entré à l'hôpital le 11 février 1903. Début en août 1902 par une tumeur à la nuque ; la tumeur a doublé de volume en trente jours. Nombreuses tumeurs bien délimitées, semi-fluctuantes, symétriques à la nuque, au cou, sous-maxillaires, sus-claviculaires et thoraciques. Changements brusques de volume.

Observation XV.

(Hirschfeld.)

Homme âgé de 57 ans. Ouvrier au visage pâle et cachectique. Le reste du corps bien constitué.

Deux tumeurs dures symétriques sur la nuque. Tumeur médiane en face de la vertèbre proéminente. Au-dessous du maxillaire inférieur, nombreuses tumeurs diffuses et molles. Tumeurs dans les régions sus-claviculaires et au-devant du sternum. Une grosse tumeur au pli de l'aine droit, et un lipome développé dans un sac d'une vieille hernie. Tumeur lipomateuse diffuse dans le pli de l'aine gauche. Petites tumeurs aux extrémités et au tronc.

Etat général très mauvais. Faiblesse, fatigue extrême. Dyspnée intense due en partie à l'empyème droit opéré il y a quelque temps, et aussi peut-être à des lipomes pénétrant dans

le médiastin antérieur. Analyse des urines : Traces d'albumine et quelques cylindres hyalins et granuleux.

Anémie modérée. Taux de l'hémoglobine : 70 0/0. Hématies 4.000.000. Leucocytes 8-9 mille. L'*examen des préparations sèches* du sang démontre l'augmentation des lymphocytes. Au début de l'observation ils étaient de 71 0/0 ; plus tard, peut-être sous l'influence de l'arsenic, ils sont descendus à 61 0/0.

Observation XVI

(Kemp.)

Homme de 51 ans, pas trop robuste, alcoolique.

En 1888, tumeur à la partie antérieure du cou, qui fut enlevée par Trendelenburg. Trois ans plus tard, nouvelles tumeurs des deux côtés de la cicatrice envahissant petit à petit toute la partie antérieure du cou au-dessous du maxillaire inférieur et se perdant en arrière vers les oreilles. Bras et reins augmentés de volume depuis trois ans. Consistance variable des tumeurs. Douleurs pendant les changements de temps.

Visage congestionné. La cicatrice sous-maxillaire s'étend de la machoire jusqu'au larynx. Tumeurs des deux côtés du cou. En avant, elles descendent jusqu'aux fosses jugulaires. A la nuque, deux masses adipeuses, la droite mieux délimitée que la gauche; elles sont presque fluctuantes et peu mobiles sur les plans sous-jacents. Tumeurs sur les épaules et les bras jusqu'au coude, le long de la colonne vertébrale.

Opération en deux séances le 6 et le 13 juin. La tumeur cervicale gauche pèse 450 grammes, la tumeur droite 300 grammes.

Douleurs très intenses après l'opération. Le 15 octobre, pas de récidive. La circonférence des bras semble augmentée.

Observation XVII

(*Id.*)

Homme de 43 ans, robuste, alcoolique. Accès d'épilepsie il y a 9 ans. Depuis 3 ans, elles ont disparu.

Deux tumeurs symétriques à la nuque à partir de la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la ligne courbe occipitale, une médiane contre la vertèbre proéminente descendant jusqu'aux omoplates. Deux tumeurs en arrière et un peu au-dessous des oreilles. Petites tumeurs diffuses en avant, au-dessous du maxillaire inférieur.

Opération le 16 novembre 1898. Hémorrhagie abondante. Les tumeurs enlevées pèsent 1 livre 1/2.

Observation XVIII

(*Id*).

Homme de 42 ans. Début il y a 2 ans par deux tumeurs symétriques à la nuque. Plus tard, tumeurs cervicales. Alcoolisme. Pas d'hérédité.

Actuellement, à la région sous-maxillaire, tumeur de la grosseur du poing s'étendant le long des branches montantes du maxillaire et se confondant avec les tumeurs latérales. En arrière, tumeurs symétriques volumineuses. En avant des oreilles, tumeurs circonscrites de la grosseur d'une noix. Deux

tumeurs symétriques aux aisselles et une au sternum, de la grosseur d'une petite pomme, de consistance molle.

Opération le 20 août 1899 en deux séances. Suites opératoires normales.

Observation XIX

(LESSERSOHN.)

Homme très robuste de 48 ans, cocher, entre à l'hôpital le 22 mars 1900. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Adénite cervicale pendant la jeunesse. Alcoolisme. Début de la lipomatose il y a 9 ans. Développement lent des tumeurs.

Etat actuel. — Pas de phénomènes nerveux.

Sur tout le corps grand nombre de lipomes symétriques. Peau peu mobile. Tumeurs sous-mentonnières, à la face externe des bras et au cubitus presque fluctuantes ; tumeurs cervicales plus dures. Tumeurs dorsales. Seins très développés. Lipomes au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Viscères normaux.

Première opération. — La tumeur est en majeure partie sous le sterno cléido-mastoïdien et infiltre tous les muscles et les interstices du cou. L'extirpation a mis à nu le maxillaire inférieur, les muscles du plancher buccal, les gros vaisseaux du cou et le larynx. Elle était très adhérente.

Deuxième opération. — Dans le pli inguinal, tumeurs sous forme de lobules graisseux, la plupart très volumineuses et très molles, descendent le long du canal déférent jusqu'au scrotum et à la face postérieure des testicules et de l'épididyme, et

envoient des prolongements vers la face interne de la cuisse. Nécrose de la peau.

Récidive au-dessus du sterno-cléido-mastoïdien. On sent à partir de la fin d'avril une tumeur dure du volume d'une noix, très adhérente aux tissus environnants. Cette tumeur a augmenté lentement de volume jusqu'à atteindre la grosseur d'un œuf de poule, après quoi elle est restée stationnaire.

Traitement. — Arsenic à des intervalles plus ou moins éloignés, à cause des troubles digestifs.

Examen macroscopique de la tumeur du cou : par ci, par là, sur la coupe, ganglions lymphatiques un peu hypertrophiés, nettement délimités vis-à-vis du tissu adipeux, et dont la capsule est parfois intimement adhérente à la tumeur. Dans les masses adipeuses extirpées des régions inguinales, ganglions lymphatiques un peu hypertrophiés et très adhérents au lipome.

Examen microscopique : fibrolipome. Un des ganglions inclus dans la tumeur, ne présente pas d'altération bien notable. Il est peut-être un peu tuméfié, et du tissu adipeux et conjonctif y a pénétré par le hile, mais ses limites sont très nettes. Il en est de même des ganglions inguinaux.

Observation XX

(Rothmann.)

Homme âgé de 61 ans. Début il y a 20 ans. Fut opéré pour la même affection il y a 12 ans. Les tumeurs enlevées ne récidivèrent pas.

État actuel. — Quatre lipomes symétriques à la nuque, deux supérieurs cachée en partie par les cheveux, deux inférieurs.

Petites tumeurs au cou en avant. Masses lipomateuses volumineuses, entourant complètement les bras à la manière de manches ouatés, et qui semblent d'autant plus saillantes que les avant-bras sont presque dépourvus de revêtement lipomateux. Masses analogues, mais moins volumineuses, à la partie supérieure des cuisses. Tumeurs à la région lombaire.

Traitement. — 200 tablettes de thyroïdine pendant 2 mois. Les tumeurs de la nuque et des bras se sont ramollies, donnent la sensation de fluctuation, et ont diminué de volume.

La circonférence du bras gauche descendit de 51 cm. à 43 1/2 ; celle du bras droit, de 45 1/2 à 40 ; celle du cou au-dessous des tumeurs, de 44 cm. à 36 1/2.

Observation XXI

(*Id.*)

Homme âgé de 48 ans. Début il y a à peu près 20 ans. Opéré il y a quelques années à l'hôpital Urban pour la même affection. Récidive.

État actuel. — Quatre tumeurs symétriques volumineuses à la nuque. Tumeurs à la région mammaire et à l'abdomen.

Traitement par les tablettes de thyroïdine pendant deux mois : ramollissement et diminution de volume peu notable.

Observation XXII

(*Id.*)

Homme âgé de 60 ans. Début il y a 4 ans.

État actuel. — Quatre tumeurs symétriques volumineuses à

la nuque et au dos. Enorme masse lipomateuse au-devant du cou, qui provoque de la dyspnée en comprimant le larynx et la trachée et en descendant dans le médiastin antérieur. Veines très dilatées à la partie supérieure du thorax. Masses graisseuses aux bras.

Observation XXIII

(*Id.*)

Homme âgé de 67 ans. Début il y a un an.

État actuel. — Quatres petites tumeurs à la nuque disposées symétriquement. Deux tumeurs dans les creux sus-claviculaires. Lipomes à la région lombaire et dans les régions inguinales.

Observation XXIV

(Sinnhuber).

Homme de 48 ans.

Début il y a 12 ans par des tumeurs à la nuque à droite, puis symétriquement à gauche, qui se sont étendues ensuite au cou.

Des tumeurs identiques se sont développées vers la même époque chez un de ses frères. Celui-ci est mort d'apoplexie. Les parents et les grands-parents étaient bien portants. Les enfants ainsi que ceux de son frère sont bien portants. Mais aucun d'eux n'a pas encore atteint l'âge auquel les tumeurs ont apparu chez lui et son frère.

Les deux frères travaillaient dans une brasserie. Le malade

recevait 4 litres de bière par jour et prenait en outre de l'eau-de-vie.

Actuellement le malade est maigre (40 kil.) ; il aurait pesé 75 kil. avant l'apparition des tumeurs. L'amaigrissement n'a commencé qu'il y a quatre ans. L'amaigrissement est attribuable à la néphrite concommitante. Son frère aurait conservé de l'embonpoint jusqu'à la mort.

On trouve encore des lipomes, tous symétriques, au dos, au thorax, à l'abdomen, aux bras, aux épaules et aux cuisses.

Les tumeurs ne sont pas douloureuses ; pas de troubles moteurs ni sensitifs ; les réflexes sont conservés.

Observation XXV

(Türk.)

Homme de 41 ans, alcoolique. Il a eu le delirium tremens.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde pendant la jeunesse, ensuite fièvre intermittente ; depuis, bien portant jusqu'en 1898. En 1898, légères douleurs à la nuque et, en même temps, apparition de deux tumeurs symétriques en arrière des oreilles, de la grosseur d'une noix, et de deux autres aussi symétriques, mais plus inférieures et plus profondes. Douleurs intermittentes. Il y a un an, tumeur à l'orifice interne du canal imguinal gauche. Depuis novembre 1903, augmentation considérable du cou. Les tumeurs à la nuque augmentent rapidement de volume, et de nouvelles tumeurs apparaissent au-dessous de la mâchoire et du menton. Ces tumeurs étaient confluentes et augmentaient si rapidement de volume, que le malade ne pouvait plus tirer la

langue ni la relever vers le palais. Mouvements de rotation de la tête difficiles.

État actuel. — Deux tumeurs symétriques aux épaules, deux autres aux coudes. Tumeurs sur le tronc, l'abdomen, le long de la colonne vertébrale. Les tumeurs au pli de l'aine descendent jusqu'au 1/3 moyen de la partie interne des cuisses. Corps thyroïde petit. Rien du côté du système nerveux. Pas d'anémie. Leucocytes 58200 dont 34 0/0 lymphocytes.

Le malade était traité pendant trois semaines par l'opothérapie et, malgré les petites doses, amélioration : diminution et ramollissement des tumeurs sous le menton et à la nuque, et mouvements de la tête et de la langue plus libres.

Observation XXVI

(Id.)

Homme de 53 ans, alcoolique. Hérédité : sa sœur fut opérée pour adipose de la paroi abdominale. On a enlevé 9 kilogrammes de graisse.

Antécédents personnels. — Deux fois traumatismes (coup de pied de cheval et accident de voiture). Début en 1900 par une tumeur de la grosseur d'une noix en arrière de l'oreille gauche, qui augmente lentement. Pas de douleurs. En 1901, tumeur symétrique en arrière de l'autre, oreille et en 1902 disparition presque complète et spontanée des deux tumeurs Deux mois plus tard, elles commencent à augmenter de nouveau. A partir de juillet 1903, accroissement très rapide et surtout depuis novembre, jusqu'à atteindre la grosseur d'une pomme. Au com-

mencement de décembre, tumeur à la nuque augmentant de jour en jour.

État actuel. — Les tumeurs disposées comme chez le premier malade, sont moins volumineuses. Pas de douleurs. Emphysème modéré. Bronchite intense. Système nerveux normal. Corps thyroïde petit. Pas d'anémie. Leucocytes 10.000 dont 22,6 0/0 lymphocytes. Accroissement rapide des tumeurs le dernier temps. Pas de signe de myxœdème.

Observation XXVII

(Buerger.)

Dans la discussion soulevée par la communication de Türk, l'auteur raconta avoir observé un homme, alcoolique, chez qui il y avait des tumeurs diffuses multiples à prédominance cervicale. A la nuque tumeur si volumineuse, que le malade avait la tête penchée en avant.

Observation XXVIII

(Hutchinson.)

Homme de 36 ans, robuste, alcoolique. Il y a 2 ans environ, début par des tumeurs à la nuque, isolées, dont quelques-unes très adhérentes à l'os. D'autres tumeurs rétro-sterno-mastoïdiennes donnant la sensation de ganglions. Tumeurs mal délimitées sur les parotides. Menton à double étage.

Traitement. — Arsenic et recommandation de ne pas prendre

de bière. Quatre mois plus tard, les tumeurs diminuèrent de volume, mais sont devenues douloureuses. La langue était saburrale et l'appétit mauvais. Le malade avait pris de l'eau-de-vie au lieu de la bière. Celle-là fut aussi proscrite, et deux mois plus tard, sous l'influence de l'abstinence, de l'arsenic, de la quinine, de la noix vomique et de la rhubarbe, les tumeurs ont diminué de volume, les plus petites sont devenues imperceptibles, l'appétit s'est amélioré et l'état général est devenu bon.

Observation XXIX

(*Id.*)

Homme, dont l'état était analogue à celui du malade précédent, à cela près que les tumeurs étaient moins volumineuses. Une des tumeurs occipitale fut excisée. Elle était très adhérente à l'os. Le nerf sous-occipital fut mis à nu, et il survint une hémorrhagie assez forte.

Depuis l'opération, névralgie assez intense dans le domaine du nerf occipital. Les douleurs allaient en croissant depuis l'opération qui datait depuis dix-huit mois. On proposa d'enlever une partie du nerf, mais l'auteur conseilla d'essayer d'abord la quinine et l'arsenic. On finit par exciser une partie du nerf sous-occipital du côté droit, tandis qu'à gauche, où les masses adipeuses étaient peu volumineuses, on ne fut pas obligé de pratiquer cette opération.

Observation XXX

(P. Weber)

Femme âgée de 34 ans. Lipomes diffus typiques au-dessous du maxillaire inférieur, aux bras et de chaque côté de la ligne médiane du thorax en avant. Début il y a deux ans. Pas de douleurs.

L'état général est bon. Traitement par des tablettes de thyroïdine.

Oservation XXXI

(*Id.*)

Homme âgé de 52 ans. Masses adipeuses volumineuses à la nuque, aux bras et dans la région inguinale depuis 1868, après un traumatisme. Amaigrissement léger, qui est peut-être attribuable à la cirrhose hépatique.

CONCLUSIONS

1° La nature des lipomes symétriques diffus est encore incertaine. Le petit nombre des examens microscopiques pratiqués jusqu'à présent, ne permet pas de déterminer catégoriquement si l'on a affaire à une adénolipomatose ou à une lipomatose simple.

2° Le traitement médical peut être essayé dans tous les cas. Mais le plus souvent il ne donne que des résultats passagers et ne met pas le malade à l'abri d'un accident.

3° L'opération est très laborieuse et l'on ne réussit presque jamais à enlever toutes les tumeurs. Néanmoins, s'il y a compression ou gêne considérable, l'intervention chirurgicale est absolument indiquée.

Vu : le Président de la thèse
TILLAUX

Vu par le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Askanazy. — Zur Entstehung der multiplen Lipome. *Virchow's Archiv*, CLVIII, 1899, p. 407-425.

Baker and Bowlby. — *Med.-Chir. Transact.*, vol. LXIX, p. 60, 1886.

Blaschko. — *Virchow's Arch.*, CXXIV, p. 175.

Bonnefond (L.). — Contribution à l'étude de l'adénolipomatose à prédominance cervicale et de son traitement. *Thèse Paris*, 1900.

Bucquoy. — *Société. méd. des hôp.*, 1891, 19 juin.

Cabanès (E.). — Adénolipomatose symétrique diffuse. *Bull. méd. de l'Algérie.* T. XIII, p. 247. Alger, 1902.

Cleve (Otto). — Ueber Fetthals. *Thèse de Freiburg*, 1902, N° 26.

Dartignolles. — *Soc. méd. des hôp.*, 1891, 10 juillet.

Delbet. — Au sujet de la lympho-lipomatose. *Soc. de Chir.*, 1898, p. 1115-1119.

Demons. — Adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. *J. de méd. de Bordeaux*, 1900, T. XXX, p. 51.

Dieulafoy. — L'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1901-1902. IV, 18e leçon, p. 364-376. Paris, 1903.

Duplay et Cazin. — *Les tumeurs*. Art. *Lipome*. Paris, 1903.

Duplay et Reclus. — *Traité de Chir*. T. I. Art. *Lipome* par M. Quénu. 2e éd. Paris, 1889.

Erdmann (J. F.). — Adenolipomatosis symetrica. *Ann. of Surg.* Phila., 1903, XXXVII, p. 932.

Fournier et Bensaude. — Adénolipomatose symétrique. *Ann. de Dermatol. et Syphhil.* Paris, 1901, II, p. 64-70.

Göbel. — Ueber multiple Lipome. *Centralblatt f. allgem. Path. u. path. Anat.*, 1895, p. 4-20.

Grosch. — *D. Ztschr. f. Chir.*, 1887, T. XXVI, p. 352.

Hayem. — *Soc. méd. des hôp.*, 5 mars 1897.

Hirschfeld (H.). — Demonstration eines Falles von symmetrischen Lipomen mit dem Blutbefund einer Pseudoleukämie. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1903, p. 530.

Huguier. — *Société de Chir.*, 7 mars 1855.

Hutchinson (J.). — On some exceptional forms of diffuse lipomatosis. *Polyclin.* London, 1903, VII, p. 191.

Jaboulay. — Adénolipomatose tuberculeuse. *Lyon médical*, 30 mars 1902, p. 500-501.

Jeanselme et Bufnoir. — Lipomatose symétrique. *Soc. méd. des hôp.*, 1898, XV, p. 385-390.

Kemp (J.). — Beiträge zur Kasuistik der diffusen symetrischen Lipome des Halses (Madelungscher Fetthals). *Thèse de Bonn*, 1902, N° 29.

Labbé (A.) et Ferrand (J.). — Adénolipomatose d'origine tuberculeuse à localisation exclusivement cervicale. *Soc. méd. des hôp.*, 1901, XVIII, p. 601-605.

Launois et Bensaude. — De l'adénolipomatose symétrique. *Soc. méd. des hôp.*, 1898, XV, p. 298-318.

— Adénolipomatose symétr. à prédomin. cervic. *Presse méd.*, 1898, p. 293-298.

— L'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, p. 41-50, 184-197, 243-249.

— L'adénolipomatose symétr. à prédominance cervic. chez la femme. *Soc. méd. des hôp.*, 1901, XVIII, p. 675-682.

Lessersohn (H.). — Ein Beitrag zur Lehre von Lip. multipl. symetr. *Thèse de Berlin*, 1901.

Madelung. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, XXXVII, p. 106.

Payr. — Beitrag zur Lehre v. multiplen u. symmetrischen Lipomen. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1895, p. 733, 756, 776.

Peste-Mazoglu. — Lipomatose symétr. diffuse. *Pr. méd.*, 1900.

Pitres. — Présentation d'un malade atteint d'adénolipomatose sym. à prédom. cerv. (Lymphadénie aleucémique avec lipomatose périganglionnaire de Hayem). *Soc. méd. de méd. et chir.* de Bordeaux, 1899, p. 169-181.

Potain. — Pseudo-lipomes. *Archives de médecine*, 1885.

Queinnec (Fr.). — Contribution à l'étude des lipomes multiples symétrique et en particulier des lipomes circonscrits. *Thèse Paris*, 1903.

Quéry (L. C.). — Contribution à l'étude de la lipomatose diffuse symétrique à prédom. cervic. *Thèse Paris*, 1902.

Rehns (J.). — L'adénolipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale. *Thèse Paris*, 1898.

Reclus. — Un cas d'adénolypomatose. *Soc. d. Chir.*, 1901.

Rothmann (M.). — Demonstration von 4 Fällen von multipler symmetrischer Lipomatose. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1903, p. 1088.

Sinnhuber. — Fall von multiplen Lipomen. *D. med. Wochenschr.*, 1903, *Ver.-Beil.*, p. 170.

Tapie (L.). — Contribution à l'étude de l'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. *Thèse Paris*, 1899.

Tikhoff. — *Méditsinskoié Obozr.*, 1894, N° 18 ; 1895, N° 8.

Tuffier. — L'adénolipomatose symétrique. *Soc. de Chir.*, 1904, 13 janv.

Türk. — Uber multiple Lipome. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1904, N° 7, p. 204.

Weber. — *Lancet*, 1904, I, 15 janvier, p. 298.

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Fig. 1

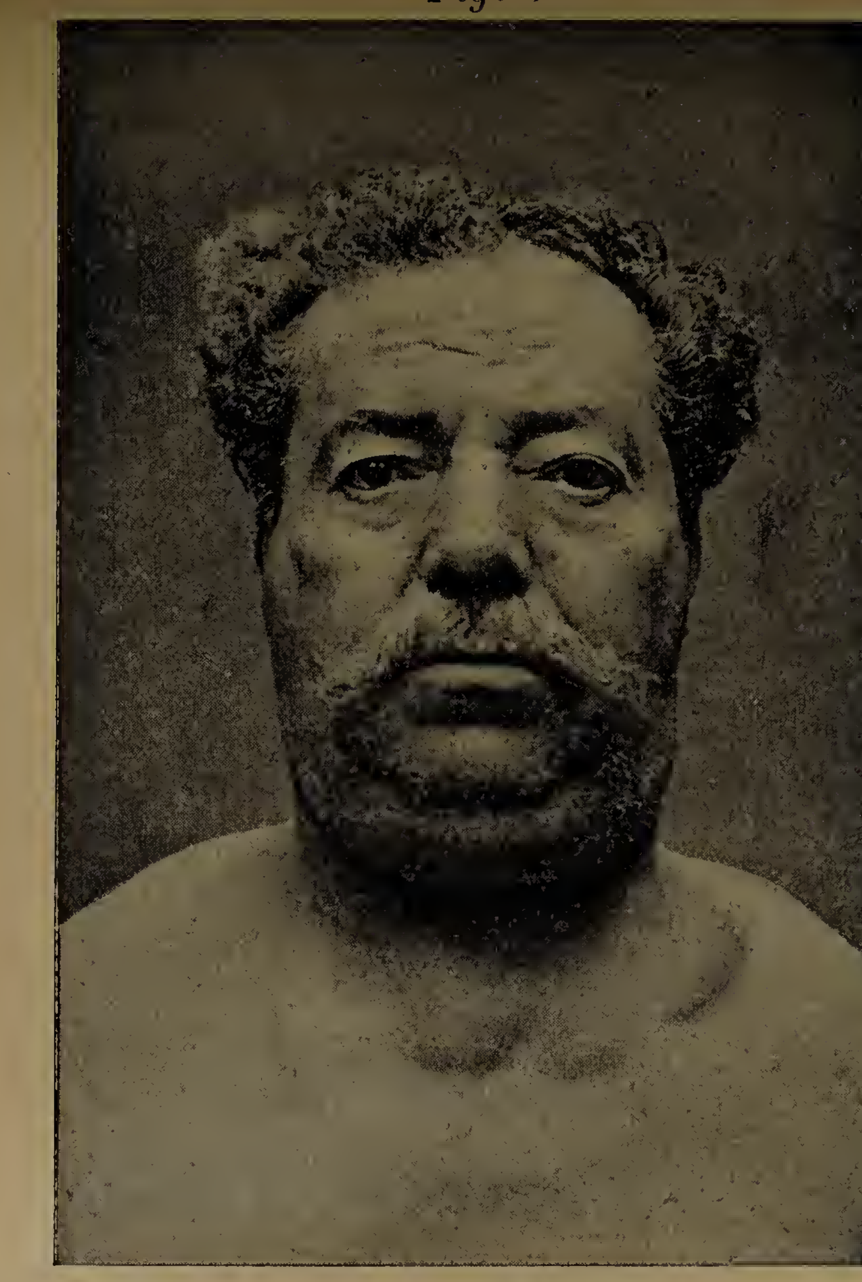
Malade de M. SCHWARTZ
(*Obs. I.*)

Fig. 2

Malade de M. TUFFIER
(*Obs. III.*)

A. MICHALON, édit. PARIS.

Fig. 3 *Fig. 4*



Malade de M. TUFFIER.
(*Obs. IV*)

A. MICHALON, édit. PARIS.